

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, Klickitat, Lewis, Lincoln, Mason, Okanogan, Pacific, Pend Oreille, Pierce, San Juan, Skagit, Skamania, Snohomish, Spokane, Stevens, 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 **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 **800-833-2364(TTY: 711)**로 전화하여 EOC 사본을 확인하십시오.
- 제공자 명부를 검토하거나 의사에게 요청하여 현재 진료받고 있는 의사가 네트워크 내에 있는지 확인하십시오. 의사가 목록에 없는 경우, 의사를 새로 선택해야 할 수 있습니다.
- 약국 명부를 검토하여 처방약을 위해 이용하는 약국이 네트워크 내에 있는지 확인하십시오. 약국이 목록에 없는 경우 처방약을 위한 약국을 새로 선택해야 할 수 있습니다.
- 처방집(약품 안내서)을 검토하여 해당 약이 포함되어 있는지 확인하십시오.

중요한 규칙에 대해 알아보기

- 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 2027년 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 이중 적격 특수 요구 플랜입니다. 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. 네트워크 내에 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 워크숍, 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 플랜인 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 부담 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 **800-457-4708 (TTY: 711)**,

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

주 7일 오전 8시~오후 8시 사이에 연락하실 수 있습니다. 주말과 공휴일에는 자동 응답 시스템으로 연결될 수 있습니다.

또는 다음 웹사이트를 방문하십시오.

[Humana.com/Medicare](https://www.humana.com/Medicare)

Medicaid 혜택은 2025년 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 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 지원을 수준에 따라 \$0 또는 최대 \$8 . 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 지원을 받는 경우 본 플랜은 \$0 의 공제금을 적용합니다. 부가 지원을 받지 않는 경우 3단계, 4단계, 5단계 약에 대해 \$615 의 공제금을 적용합니다. 아래의 처방약 혜택 절을 참조하십시오.
최대 본인부담 의료 비용 가입자가 한 해 동안 지불하는 공동 부담금, 공동 보험비용 및 그 외 보장받는 의료 서비스 비용의 최대 금액	네트워크 내 \$9,250 Apple Health(Medicaid)에 따른 Medicare 비용 부담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 귀하의 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		공동 부담금 \$0
진단용 유방조영상		공동 부담금 \$0
수술 서비스		공동 부담금 \$295
통원수술센터		
진단용 대장내시경		공동 부담금 \$0
수술 서비스		공동 부담금 \$295
의사 방문		
일차의료 제공자(PCP)		공동 부담금 \$0
• PCP 진료실		공동 부담금 \$0
• 원격의료		
전문의		
• 전문의 진료실		공동 부담금 \$30
• 원격의료		공동 부담금 \$30

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서를 받을 필요는 없습니다. 이 플랜에는 특정 품목 및 서비스에 대한 사전 승인이 필요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 품목 및 서비스 목록이 표시됩니다. [Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).

Humana



본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금

예방 검진

본 플랜은 다음을 포함한 모든 Medicare 예방 서비스를 **공동 부담금 \$0** 보장합니다.

암 선별검사

- 유방암 선별검사(유방조영상)
- 자궁경부암 및 질암 선별검사
- 대장암 선별검사
- 폐암 선별검사
- 전립선암 선별검사

심혈관계(심장) 관리

- 복부 대동맥류 선별검사
- 심혈관계 질환 발생 위험 감소 진료
- 심혈관계 질환 선별검사

당뇨병 관리

- 당뇨병 선별검사
- 당뇨병 자가 관리 교육
- Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP)

식이 안내 및 지원

- 의학적 영양요법
- 비만 선별검사 및 치료

정기 선별검사 및 예방 접종

- 연례 건강검진(AWW)
- 예방 접종
- 정기 신체 검사
- "Welcome to Medicare" 예방 방문

선별검사 및 상담 서비스

- 골량 측정
- 우울증 선별검사
- 녹내장 선별검사
- HIV 선별검사
- 알코올 남용 감소를 위한 선별검사 및 상담
- 성매개 감염(STI) 선별검사 및 상담
- 금연(금연 상담)

계약 기간 동안 Medicare에서 승인하는 추가 예방 서비스가 보장됩니다.

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서를 받을 필요는 없습니다. 이 플랜에는 특정 품목 및 서비스에 대한 사전 승인이 필요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 품목 및 서비스 목록이 표시됩니다. [Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).

본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금
응급 치료
응급실
공동 부담금 \$115

동일한 조건에서 24시간 이내에 같은 병원에 입원하는 경우, 받은 응급 치료에 대한 본인 부담금은 \$0입니다.

당사는 전 세계 응급 서비스를 보장합니다. 미국 및 그 영토 이외의 지역에서 응급 상황이 발생한 경우, 가입자는 이러한 서비스에 대한 비용을 일단 지불해야 하며 환급을 요청할 수 있습니다.

관찰에 배치될 때 가입자는 응급실 비용 분담금 대신 관찰 비용 분담금을 지불합니다.

긴급하게 필요한 서비스
• 원격의료
공동 부담금 \$40
• 긴급 치료 센터
공동 부담금 \$40

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

필요한 서비스가 제공됩니다. **당사는 전 세계적으로 긴급하게 필요한 서비스를 보장합니다. 미국 및 그 영토 이외의 지역에서 긴급하게 필요한 서비스가 발생한 경우, 가입자는 이러한 서비스에 대한 비용을 일단 지불해야 하며 환급을 요청할 수 있습니다.**

진단 서비스, 검사실 및 영상
첨단 영상 서비스(MRI, MRA, PET 및 CT 스캔)
• 독립 방사선 시설
공동 부담금 \$200
• 외래진료병원
공동 부담금 \$335
• PCP 진료실
공동 부담금 \$280
• 전문의 진료실
공동 부담금 \$280
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 \$40
진단용 유방조영상
• 독립 방사선 시설
공동 부담금 \$0
• 전문의 진료실
공동 부담금 \$0

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서를 받을 필요는 없습니다. 이 플랜에는 특정 품목 및 서비스에 대한 사전 승인이 필요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 품목 및 서비스 목록이 표시됩니다. [Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).

본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금
진단 절차 및 테스트

• 외래진료병원	비용의 20%
• PCP 진료실	공동 부담금 \$0
• 전문의 진료실	공동 부담금 \$30
• 긴급 치료 센터	공동 부담금 \$40

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 \$40

핵의학 및 서비스

• 독립 방사선 시설	비용의 20%
• 외래진료병원	비용의 20%

수면 연구

• 가입자 자택	공동 부담금 \$0
• 외래진료병원	비용의 20%
• 전문의 진료실	비용의 20%

테라퓨틱 방사선(방사선 치료)

• 독립 방사선 시설	비용의 20%
• 외래진료병원	비용의 20%
• 전문의 진료실	비용의 20%


청력 서비스
Medicare 보장 청력 서비스

 공동 부담금 **\$30**
필수 보충 청력 혜택
HER945

- 연간 최대 1회의 정기 청력 검사에 대한 공동 부담금 **\$0.**
- 3년마다 귀 한쪽당 최대 1개의 고급 등급 보청기에 대한 공동 부담금 **\$0.**
보청기 구입에는 다음과 같은 사항이 포함됩니다.
- TruHearing 보청기 구매 후 첫 1년 동안 후속 서비스를 위한 무제한 제공자 방문
- 60일 시험 사용
- 3년 연장 보증
- 비충전식 모델의 경우 보청기당 배터리 80개 제공
- 고급 보청기는 충전식으로 제공되는 옵션이 있습니다.

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서를 받을 필요는 없습니다. 이 플랜에는 특정 품목 및 서비스에 대한 사전 승인이 필요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 품목 및 서비스 목록이 표시됩니다. [Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).



본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금

이 혜택을 사용하려면 TruHearing 제공자를 확인해야 합니다. 진료 예약은 844-255-7144(TTY: 711)로 전화하십시오.



치과 서비스

Medicare 보장 치과 서비스

공동 부담금 \$30

필수 보충 치과 혜택

제한 및 제외 사항이 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 보장 범위 증명서(EOC)를 참조하십시오. 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 수록되지 않은 채로 받은 모든 서비스는 해당 플랜에서 보장하지 않으며 가입자가 책임을 집니다. 연간 최대 혜택 보장 금액을 초과하는 금액에 대한 책임은 가입자에게 있습니다. 혜택은 연 단위로 제공됩니다. 연말까지 사용하지 않은 모든 금액은 소멸됩니다. 각 플랜에 관한 정보는

Humana.com/sb에서 확인할 수 있습니다.

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

DEN240

- 3년마다 분기당 최대 1회의 스케일링 및 치근활택술(딥 클리닝)에 대한 공동 부담금 \$0.
- 3년마다 최대 1회의 종합 구강 검사 또는 치주 검사, 교합 조정, 중등도 염증 시 스케일링에 대한 공동 부담금 \$0.
- 5년마다 최대 1회의 가공의치 재부착, 가공의치 폰틱, 전체 의치, 크라운 재부착, 파노라마 필름 또는 진단 엑스레이, 부분 의치에 대한 공동 부담금 \$0.
- 5년마다 최대 2회의 가공의치-크라운에 대한 공동 부담금 \$0.
- 평생 치아당 최대 1회의 크라운, 기타 수복 서비스 - 코어 축성 및 기성 포스트 및 코어, 근관, 근관 재치료에 대한 공동 부담금 \$0.
- 연간 최대 1세트의 교익 엑스레이, 구강 내 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.
- 필요한 마취와 연간 보장 코드로 필요한 만큼의 보장 서비스 제공에 대한 공동 부담금 \$0.
- 연간 무제한 아말감 및/또는 콤포짓 충전, 단순 또는 외과적 발치에 대한 공동 부담금 \$0.
- 모든 진단/예방 및 종합 혜택에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 \$1,500.

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서를 받을 필요는 없습니다. 이 플랜에는 특정 품목 및 서비스에 대한 사전 승인이 필요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 품목 및 서비스 목록이 표시됩니다. Humana.com/PAL.



본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금

시력 서비스

안경류(백내장 수술 후)	공동 부담금 \$0
Medicare 보장 당뇨병성 시력 검사	공동 부담금 \$0
Medicare 보장 시력 서비스 Medicare 보장 시력 서비스 제공자 위치는 Humana.com/FindCare에서 확인할 수 있습니다.	공동 부담금 \$30

필수 보충 시력 혜택

네트워크 제공자에게 Humana Medicare Insight Network의 가입자임을 알려주십시오. 참고: Humana Medicare Insight Network를 통한 추가적인 시력 혜택의 제공자 네트워크는 Medicare 보장 시력 혜택의 제공자 네트워크와 다를 수 있습니다. 필수 보충 시력 혜택은 Humana Medicare Insight Network를 통해 제공됩니다. 제공자 로케이터는 [Humana.com/FindCare](https://www.humana.com/FindCare)에서 확인할 수 있습니다.

혜택 보조금은 소매 가격에 적용됩니다. 플랜 승인 금액을 초과하는 모든 비용은 가입자가 책임을 집니다. 분실 또는 파손된 재료는 보장되지 않습니다.

이 혜택은 연간 1회 이용으로 제한됩니다. 남은 혜택 잔액은 향후 구매로 "이월"되지 않습니다. 안경 렌즈 옵션은 연간 최대 1쌍까지 최대 혜택 보장 금액을 지원받을 수 있습니다.

혜택은 역일 단위로 제공됩니다. 연말까지 사용하지 않은 모든 금액은 소멸됩니다. 보충 혜택을 위해 지불되는 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 최대 본인부담 비용에 가산되지 않습니다.

VIS734

- 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 \$75.
- 또는
- PLUS 제공자를 통한 콘택트 렌즈나 안경 렌즈 및 안경테, 안경 렌즈 및 안경테 피팅에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 \$150.
- 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	1~6일간 하루 공동 부담금 \$300
본 플랜은 정신과 병원에서 입원환자 정신건강관리에 대해 평생 최대 190일까지 보장합니다.	7~90일간 하루 공동 부담금 \$0

정신 건강 치료 방문

• 외래진료병원	공동 부담금 \$35
• 전문의 진료실	공동 부담금 \$35
• 원격의료	공동 부담금 \$35

외래 약물 남용 치료

• 외래진료병원	공동 부담금 \$35
• 전문의 진료실	공동 부담금 \$35
• 원격의료	공동 부담금 \$35

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서를 받을 필요는 없습니다. 이 플랜에는 특정 품목 및 서비스에 대한 사전 승인이 필요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 품목 및 서비스 목록이 표시됩니다. [Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).



본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금

전문요양시설

본 플랜은 최대 100일간의 SNF 이용을 보장합니다.

1~20일간 하루 공동 부담금 \$0
21~65일간 하루 공동 부담금 \$218
66~100일간 하루 공동 부담금 \$0

구급차

- 구급용 항공기/헬기
- 지상 구급차

비용의 20%
서비스 날짜당 공동 부담금 \$335

교통편

필수 보충 교통편 혜택

가입자는 교통편 예약을 위해 예약 최소 72시간(영업일 기준 3일) 전에 운송업체에 **연락해야 하며**, 고객 지원에 연락하여 플랜의 특정 운송업체로 안내받도록 해야 합니다.

플랜에서 승인한 장소로 연간 최대 26회 편도 교통편 이용 시 공동 부담금 \$0.
이 혜택은 편도 교통편 1회당 이동거리가 50마일을 초과하지 않는 경우에 적용됩니다.

균일성의 유연성 비용급 의료 교통편 혜택

가입자는 교통편 예약을 위해 예약 최소 72시간(영업일 기준 3일) 전에 운송업체에 **연락해야 하며**, 고객 지원에 연락하여 플랜의 특정 운송업체로 안내받도록 해야 합니다.

만성 신장 질환(CKD), 말기 신장 질환(ESRD) 또는 암 진단을 받은 가입자의 경우 플랜에서 승인한 장소로 연간 최대 무제한 편도 교통편 이용 시 공동 부담금 \$0.
이 혜택은 편도 교통편 1회당 이동거리가 50마일을 초과하지 않는 경우에 적용됩니다.

Medicare 파트 B 약품

일부 환급 가능한 파트 B 약품에 대한 공동 보험비용이 인하됩니다.

알레르기 주사 및 혈청

- PCP 진료실
- 전문의 진료실

공동 부담금 \$0
공동 부담금 \$0

화학요법 약물

- 외래진료병원
- 전문의 진료실

비용의 20%
비용의 20%

기타 Medicare 파트 B 약품

- 외래진료병원
- PCP 진료실
- 약국
- 전문의 진료실

비용의 20%
비용의 20%
비용의 20%
비용의 20%

파트 B 인슐린

- 외래진료병원
- PCP 진료실
- 약국
- 전문의 진료실

비용의 20%
비용의 20%
공동 부담금 \$0
비용의 20%

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

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서를 받을 필요는 없습니다. 이 플랜에는 특정 품목 및 서비스에 대한 사전 승인이 필요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 품목 및 서비스 목록이 표시됩니다. [Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).

처방약 혜택

플랜 주요 혜택 요약

부가 지원	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, 귀하의 공제금 및 초기 보장 혜택 단계 비용 분담을 보려면 아래의 부가 지원 절을 참조하십시오.
100일분	유자격 약 최대 100일분
인슐린 비용	본 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품에 대해 가입자가 지불하게 될 1개월(최대 30일)분 비용은 \$35 를 초과하지 않습니다.
\$0 백신	Advisory Committee on Immunization Practices(ACIP)에서 권장하는 성인 파트 D 보장 백신에 대한 공동 부담금 \$0

부가 지원

약에 대한 부가 지원을 받는 경우 공제금은 **\$0**입니다.

연간 본인부담비용 한도인 **\$2,100**에 도달하기 전에 부가 지원 수준에 따라 다음 중 한 항목을 지불합니다.

- 복제약/우선 멀티소스 약 또는 바이오시밀러의 경우 **\$5.10**, 모든 기타 약의 경우 **\$12.65** 또는
- 복제약/우선 멀티소스 약 또는 바이오시밀러의 경우 **\$1.60**, 모든 기타 약의 경우 **\$4.90** 또는
- 모든 약의 경우 **\$0**

연간 본인부담비용 한도인 **\$2,100**에 도달한 후에 받고 있는 부가 지원 수준에 상관없이 역년 나머지 기간 동안 **\$0**를 지불합니다. 추가 정보는 LIS 부칙에서 확인할 수 있습니다.

파트 D 혜택의 다른 단계에 들어가고, 부가 지원을 받을 자격이 있는 경우 선택한 약국에 따라 비용 분담이 변경될 수 있습니다. 부가 지원을 받을 자격이 있는지 확인하려면 월요일~금요일, 오전 7시~오후 7시 사회 보장 사무소에 800-772-1213(TTY: 800-325-0778)으로 문의하십시오. 처방약 혜택에 대한 자세한 내용은 전화로 문의하거나 온라인으로 보장 범위 증명서를 확인하십시오.

공제금

본 플랜은 3단계, 4단계 및 5단계 약에 대해 **\$615**의 공제금을 적용합니다. 이러한 약 비용이 **\$615**에 도달할 때까지 가입자가 약 비용 일체를 지불합니다. 그 이후부터는 비용 분담만을 지불합니다.

초기 보장

가입자는 총 본인부담비용이 **\$2,100**에 달할 때까지 다음을 지불합니다. 이 금액에 도달하면 재난적 보장 단계에 해당하게 됩니다.

약국 비용 분담						
약 공급분	소매 비용 분담 모든 네트워크 내 소매 약국 포함		일반 우편 주문 비용 분담		우선 우편 주문 비용 분담 CenterWell Pharmacy™	
	30일분	100일분*	30일분	100일분*	30일분	100일분*
1단계: 우선 복제약	\$0	\$0	\$10	\$30	\$0	\$0
2단계: 복제약	\$0	\$0	\$20	\$60	\$0	\$0
3단계: 우선 브랜드 약	25%	25%	25%	25%	25%	25%
4단계: 비우선 약	25%	25%	25%	25%	25%	25%
5단계: 특수 계층 약	25%	해당 없음	25%	해당 없음	25%	해당 없음

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.

플랜이 보장하는 각 인슐린 제품에 대해 가입자가 지불하게 될 1개월(최대 30일)분 비용은 가입자가 공제금을 아직 지불하지 않은 경우에도 비용 분담 계층에 관계없이 **\$35**를 초과하지 않습니다.

인슐린 비용 분담						
약 공급분	소매 비용 분담 모든 네트워크 내 소매 약국 포함		일반 우편 주문 비용 분담		우선 우편 주문 비용 분담 CenterWell Pharmacy™	
	30일분	100일분*	30일분	100일분*	30일분	100일분*
1단계: 우선 복제약	\$0	\$0	25%, 최대 \$10	25%, 최대 \$30	\$0	\$0
2단계: 복제약	\$0	\$0	25%, 최대 \$20	25%, 최대 \$60	\$0	\$0
3단계: 우선 브랜드 약	25%, 최대 \$35	25%, 최대 \$105	25%, 최대 \$35	25%, 최대 \$105	25%, 최대 \$35	25%, 최대 \$105
4단계: 비우선 약	25%, 최대 \$35	25%, 최대 \$105	25%, 최대 \$35	25%, 최대 \$105	25%, 최대 \$35	25%, 최대 \$105
5단계: 특수 계층 약	25%, 최대 \$35	해당 없음	25%, 최대 \$35	해당 없음	25%, 최대 \$35	해당 없음

* 모든 단계에 인슐린이 포함되는 것은 아닙니다. 인슐린 보장을 확인하려면 처방약 안내서를 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.

재난적 보장

약에 대한 총 본인부담비용이 **\$2,100**에 도달하면 플랜 보장 파트 D 약품에 대해 **\$0**를 지불하게 됩니다.

네트워크 내 장기요양 시설에 거주하는 경우 네트워크 내 소매 약국에서 지불하는 것과 동일한 금액을 지불합니다. 특정한 상황에 따라 네트워크 외 약국에서 약을 구입할 수 있지만 네트워크 내 약국에서 지불하는 것보다 더 많은 비용을 지불할 수도 있습니다.



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 \$15
족부의학 서비스(Medicare 보장)	공동 부담금 \$30
의료 장비/용품	
연속혈당측정기(CGM)	
• DME 제공자	공동 부담금 \$0
• 약국	공동 부담금 \$0
당뇨병 모니터링 용품	
• 당뇨 용품 공급자	비용의 20%
• 네트워크 소매 약국	공동 부담금 \$0
• 당뇨 용품 우선 공급자	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	
• 외래진료병원	비용의 20%
• 전문의 진료실	비용의 20%
작업치료	
• 종합 외래 재활 시설	공동 부담금 \$35
• 외래진료병원	공동 부담금 \$35
• 전문의 진료실	공동 부담금 \$35
물리치료	
• 종합 외래 재활 시설	공동 부담금 \$35
• 외래진료병원	공동 부담금 \$35
• 전문의 진료실	공동 부담금 \$35
폐 재활 서비스	
• 외래진료병원	비용의 8%
• 전문의 진료실	비용의 8%

 추가 혜택(계속)

본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금

언어치료

• 종합 외래 재활 시설	공동 부담금 \$35
• 외래진료병원	공동 부담금 \$35
• 전문의 진료실	공동 부담금 \$35

말초 동맥 질환(PAD)에 대한 감시 운동 치료(SET)

• 외래진료병원	비용의 8%
• 전문의 진료실	비용의 8%

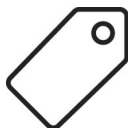
 Medicaid 혜택 비교

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 800-562-3022(수신자 부담), 711(TTY)로 문의하십시오.

혜택	Medicaid 혜택	본 플랜의 혜택
구급차	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨
통원수술센터	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨
의치	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨
진단 서비스, 검사실 및 영상	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨
의사 방문	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨
응급 치료	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨
안경	보장되지 않음	보장됨
보청기	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨
가정 및 지역사회 기반 면제 서비스 프로그램	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장되지 않음
입원 병원	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨
정신질환(MD) 치료 기관 내 입원 정신 건강 서비스, 영양시설 및 중급간호시설 서비스(65세 이상)	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨(제한 있음)
입원 정신 건강 서비스(21세 미만)	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨(제한 있음)
지적 장애가 있는 개인을 위한 중급간호시설(ICF-IID)	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장되지 않음
Medicare 파트 B 약품	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨
정신 건강 서비스	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨

혜택	Medicaid 혜택	본 플랜의 혜택
정신 질환 기관을 제외한 요양시설 서비스	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨(제한 있음)
외래진료병원 보장	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨
물리치료, 작업치료, 언어치료	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨
예방 검진	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨
전문요양시설	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨
교통편	보장됨(자격 요건 충족 시)	보장됨
긴급하게 필요한 서비스	보장됨(자격 요건 충족 시)	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 보장 서비스 및 서비스의 전체 목록이 안내되어 있습니다. EOC 사본을 받으시려면 Humana.com/PlanDocuments를 방문하거나 **800-833-2364**로 전화하십시오.

Humana Healthy Options Allowance™*

선불 지출 카드의 월 **\$75** 보조금.

모든 플랜 가입자는 참여 소매점 또는 플랜의 승인된 OTC 우편 주문 제공자를 통해 승인된 over-the-counter(OTC) 건강 및 웰니스 제품을 구매할 수 있는 이 금액을 지급받습니다.

또한 가입자는 특정 적격 만성질환이 있고 기타 프로그램 기준을 충족하는 경우 이 금액을 적격 식료품, 공과금, 임대료 등에 사용할 수도 있습니다.

사용하지 않은 금액은 매월 이월되며 플랜 연도가 끝나거나 플랜 탈퇴 중 먼저 발생하는 시점에 만료됩니다.

- 보조금은 매달 시작 시 사용하도록 지급됩니다.
- 한도 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다.

HMO 여행 혜택

가입자는 다른 주를 여행하는 동안 참여 HMO National Network 제공자로부터 서비스를 받을 경우 네트워크 내 혜택을 받을 수 있습니다.

일차의료 제공자(PCP)의 역할을 할 본 문서에 수록된 서비스 지역 내 네트워크 내 의사를 선택하셔야 합니다.

정기 침술

연간 최대 25회의 침술 진료에 대한 공동 부담금 **\$0**.

승인 규칙이 적용될 수 있습니다.

이 서비스는 네트워크 내 제공자를 통해 이용해야 합니다.

다른 제공자를 이용하는 경우에는 가입자가 모든 요금을 부담합니다.

* 이 지출 보조금은 특정 건강 상태를 가진 가입자를 위한 특별 프로그램입니다. 적격 조건에는 당뇨병, 심혈관 질환, 만성 및 장애성 정신 건강 질환, 만성 폐 질환 또는 만성 심부전이 포함됩니다. 일부 플랜에는 최소 두 가지 조건이 필요하며 다른 요구 사항이 적용됩니다. 자세한 내용은 플랜의 보장 범위 증명서를 참조하십시오. 이 프로그램을 임대료 또는 공과금으로 사용하는 경우, 주택도시개발부(HUD)는 지원을 요청하는 경우 이를 소득으로 보고하도록 요구합니다. 궁금한 사항이 있으면 현지 HUD 사무소에 문의하십시오.

금연 프로그램

흡연이나 담배 제품 사용을 중단하려는 노력에 더욱 도움이 되고자, 당사는 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.

이 서비스는 네트워크 내 제공자를 통해 이용해야 합니다.

다른 제공자를 이용하는 경우에는 가입자가 모든 요금을 부담합니다.

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.

이 서비스는 네트워크 내 제공자를 통해 이용해야 합니다. 다른 제공자를 이용하는 경우에는 가입자가 모든 요금을 부담합니다.

보상 및 인센티브 - Humana의 Go365®

예방 선별검사 및 검사와 같은 적격 건강 활동을 완료하고 Go365 Advanced로 보상을 받으십시오.

SilverSneakers® 피트니스 프로그램

참여 장소와 온라인 사이트에서 피트니스 및 소셜 연결을 통해 더욱 건강하고 활동적인 삶을 누리세요.

이 서비스는 네트워크 내 제공자를 통해 이용해야 합니다.

다른 제공자를 이용하는 경우에는 가입자가 모든 요금을 부담합니다.



더 자세히 알아보기



의사 또는 약국을 찾는 데 도움이 필요하십니까? 본 플랜의 **제공자 및 약국 명부**는 당사 웹사이트(**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 관련해서 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**를 참조하십시오.



본 플랜의 **약품 안내서**는 당사 웹사이트(**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 National Committee for Quality Assurance(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 네트워크 내 제공자에게 지불하도록 요청을 받거나 청구된 경우 가입자는 비용 분담 보호를 받으며 청구할 수 없다고 제공자에게 말하십시오. 이미 지불하신 경우 환불받을 권리가 있습니다. 제공자가 청구를 중지하지 않을 경우 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.

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 약품 안내서의 인쇄본을 우편으로 받고 싶으신 경우 위 웹사이트에서 온라인으로 또는 **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(약품 안내서)" 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.

차별 금지 고지

Humana Inc. 및 그 자회사는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 종교, 젠더, 성 정체성, 성별, 성적 지향, 연령, 장애, 출신 국가, 군인 여부, 재향군인 여부, 유전 정보, 혈통, 민족, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 건강 서비스 필요성에 따라 차별하거나 제외하지 않습니다.

Humana Inc.:

- 다음과 같이 장애가 있는 사람들에게 적절한 수정 사항을 제공하고 당사와 효과적으로 연락할 수 있도록 적절한 보조 지원 및 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 그 외 형식의 서면 정보(큰 글씨, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 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. 오전 8시~오후 8시(동부 시간) 사이에 문의하십시오. Humana Inc.가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 종교, 젠더, 성 정체성, 성별, 성 지향성, 나이, 장애, 출신국, 군인 여부, 재향군인 여부, 유전 정보, 혈통, 민족, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 건강 서비스 필요성에 따라 차별하였다고 생각이 되는 경우 Humana Inc.의 차별 금지 조정자에게 우편(P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618), **877-320-1235(TTY: 711)** 또는 이메일(accessibility@humana.com)로 고충을 제기할 수 있습니다. 고충 제기에도움이 필요한 경우 Humana Inc.의 차별 금지 조정자가 도움을 드릴 수 있습니다.

또한 U.S. Department of Health and Human Services, 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

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)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք՝ **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235 (听障专线: 711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**

हिन्दी [Hindi]: नि:शुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

이 공지는 <https://www.humana.com/legal/multi-language-support>에서 확인할 수 있습니다.

GHHNOA2025HUM_0425

Humana

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 សេវាកម្មជំនួយប្រុងផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ 877-320-1235 (TTY: 711)។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. 877-320-1235 (TTY: 711)번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ຊ່ວຍກວດກາຄຳສັ່ງ ແລະ ຊ່ວຍແປທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ພໍ. ໂທ 877-320-1235 (TTY: 711).

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiiik'eh, t'áadoole'é binahjí' bee adahodooníílgíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóo łahgo át'éeego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjí' hodíilnih 877-320-1235 (TTY: 711).

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer 877-320-1235 (TTY: 711).

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue 877-320-1235 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 877-320-1235 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру 877-320-1235 (TTY: 711).

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al 877-320-1235 (TTY: 711).

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa 877-320-1235 (TTY: 711).

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. 877-320-1235 (TTY: 711) ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. 877-320-1235 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి.

اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ 877-320-1235 (TTY: 711) کال کریں۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi 877-320-1235 (TTY: 711).

አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አገዥ ማዳሪቅ እና አማራጭ ቅርፅ ያላቸው አገልግሎቶችን ይገኛሉ። በ 877-320-1235 (TTY: 711) ላይ ይደውሉ።

Bàsco [Bassa]: Wuḍu-xwíniín-mú-zà-zà kùà, Hwòdò-fóno-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bě bé nyuεε se wíqí p'éè-p'éè dò ko. 877-320-1235 (TTY: 711) dá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ 877-320-1235 (TTY: 711).

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn ìṣẹ̀ àtìlẹ̀hìn ìrànጓwọ̀ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ̀tọ̀. Pe 877-320-1235 (TTY: 711).

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी निःशुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था) सेवाहरू उपलब्ध छन् । 877-320-1235 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस् ।

Humana.

Humana Inc.

P.O. Box 14168

Lexington, KY 40512-4168

본 플랜에 대한 중요 정보

[Humana.com](https://www.humana.com)