2027

혜택 요약

Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)

Washington

WA 내 특정 카운티

저희 서비스 지역은 Washington주의 다음 카운티를 포함합니다: 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.

Humana.

등록 전 체크리스트

가입 결정을 내리기 전에 당사의 혜택과 규정을 충분히 이해하시는 것이 중요합니다. 문의 사항이 있으시면 **888-873-0686 (TTY: 711)**으로 전화하시어 고객 서비스 담당자와 상담하실 수 있습니다.

혜택 이해하기

- ☐ 보장 범위 증명서(EOC)는 모든 보장 범위 및 서비스의 전체 목록을 제공합니다. 가입 전에 플랜 보장 범위, 비용 및 혜택을 검토하는 것이 중요합니다. EOC 사본을 보려면 **Humana.com/medicare**을 방문하시거나 **888-873-0686 (TTY: 711)**로 전화하십시오.
- ☐ 의료 제공자 명부를 검토하거나 (또는 담당 의사에게 문의하여) 현재 진료받고 있는 의사가 네트워크 내에 있는지 확인하십시오. 목록에 없는 경우, 새로운 의사를 선택해야 할 가능성이 높습니다.
- ☐ 약국 디렉토리를 검토하여 처방약을 이용하는 약국이 네트워크 내에 있는지 확인하십시오. 약국이 목록에 없는 경우, 처방전을 위해 새로운 약국을 선택해야 할 가능성이 높습니다.
- ☐ 귀하의 약물이 보장되는지 확인하기 위해 처방집(약품 안내서)을 검토하십시오.

중요한 규칙 이해하기

- ☐ Medicare 파트 B 보험료도 계속 납부하셔야 합니다. 이 보험료는 일반적으로 매월 귀하의 사회보장 수표에서 공제됩니다. 파트 A/파트 B 보험료는 Apple Health (Medicaid)에서 납부할 수 있습니다.
- ☐ 혜택, 보험료 및/또는 공동 부담금/공동보험은 2028년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- ☐ **현재 보장에 대한 영향.** 현재 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있는 경우, 새로운 Medicare Advantage 보장이 시작되면 현재의 Medicare Advantage 의료 보장이 종료됩니다. TRICARE에 가입되어 있는 경우, 새로운 Medicare Advantage 보장이 시작되면 귀하의 보장이 영향을 받을 수 있습니다. 자세한 정보는 TRICARE에 문의하시기 바랍니다. Medigap 플랜에 가입되어 있는 경우, Medicare Advantage 보장이 시작되면 사용할 수 없는 보장에 대해 비용을 지불하게 되므로 Medigap 보험을 해지하는 것을 고려하실 수 있습니다.
- ☐ 응급 또는 긴급 상황을 제외하고, 당사는 네트워크 외 의료 제공자(의료 제공자 명부에 등록되지 않은 의사)의 서비스를 보장하지 않습니다.
- ☐ 이 플랜은 이중 자격 특별 요구 플랜(D-SNP)입니다. 가입 자격은 Medicare 및 Medicaid에 따른 주 플랜의 의료 지원을 모두 받을 자격이 있음을 확인하는 것을 기반으로 합니다. 이 플랜은 QI, QMB, SLMB 가입이 가능합니다.



Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) 정보

이 편리한 소책자에서 Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) 플랜이 보장하는 건강 및 약제 서비스를 포함한 자세한 내용을 확인하십시오.

Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)는 Medicare 계약 및 Apple Health (Medicaid) 프로그램과의 계약을 보유한 이중 자격 특별 필요 플랜(Dual Eligible Special Needs Plan)입니다. 본 Humana 플랜 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.

제공된 혜택 정보는 당사가 보장하는 내용과 귀하가 납부하는 금액에 대한 요약입니다. 이 문서는 저희가 보장하는 모든 서비스를 나열하거나 모든 제한 사항 또는 제외 사항을 나열하지는 않습니다. 저희가 보장하는 서비스의 전체 목록은 저희 웹사이트 **Humana.com/PlanInformation에** 있는 플랜의 보장 범위 증명서를 참조하십시오.

회원으로서 귀하는 이 안내 책자에 명시된 서비스 지역 내에서 주치의(PCP)로 활동할 네트워크 내 의사를 선택해야 합니다. Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)는 의사, 병원, 약국 및 기타 의료 제공자 네트워크를 보유하고 있습니다. 당사 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자를 이용하는 경우, 해당 서비스가 플랜의 네트워크 외 또는 서비스 시점 규정에 따라 보장되거나 다른 예외 사항이 적용되지 않는 한 플랜이 해당 서비스 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

케어 매니저를 이용하실 수 있습니다. 케어 매니저는 급성 및 만성 질환 관리, 전화 및 대면 건강 지원, Medicare 및 Medicaid 혜택 조정 지원, 교육 자료 및 워크숍, 가족 및 돌봄 제공자 지원 등 추가 서비스를 제공하여 귀하의 건강과 웰빙을 지원하는 간호사 또는 케어 코디네이터입니다.

자격 요건

Medicare와 Medicaid 혜택을 모두 받는 경우, 이는 귀하가 이중 자격 대상자임을 의미합니다. 이중 자격 특별 필요 플랜(Dual Eligible Special Needs Plan)인 Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)에 가입하려면 Medicare 파트 A 수급 자격을 보유하고 Medicare 파트 B에 가입되어 있어야 하며, 당사의 서비스 지역 내에 거주하고 Apple Health (Medicaid)로부터 일정 수준의 지원을 받아야 합니다.

Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) QI, QMB, SLMB 가입.

Qualifying Individual (QI): 파트 B 보험료 납부를 지원합니다.

Qualified Medicare Beneficiary (QMB): Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료와 기타 비용 분담(공제금, 공동 보험, 공동 부담금 등)의 납부를 지원합니다.

Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB): 파트 B 보험료 납부를 지원합니다.

플랜 이름

Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)

Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)에 대한 추가 정보

귀하의 주 Medicaid 프로그램에 따른 지원 자격 수준에 따라,

Humana.

비용 분담 요건이 적용될 수도 있고 적용되지 않을 수도 있습니다. Medicaid 혜택 비교 표에는 일부 이중 자격 회원에 대해 Medicaid가 보장할 수 있는 특정 혜택이 나와 있습니다. 이러한 혜택을 이해하고 이용하기 위해 Humana 케어 코디네이터와 함께 협력하게 됩니다. 보장 의료 및 병원 혜택 표에는 Humana로부터 받게 될 혜택이 나와 있습니다.

의료 제공자가 귀하의 Medicaid 보장 여부를 확인할 수 있도록, Humana 회원 카드와 함께 Apple Health (Medicaid) ID 카드도 반드시 제시하십시오. Medicaid에서 지정한 소액의 본인 부담금을 납부해야 할 수 있습니다. 귀하의 서비스 비용은 먼저 Humana가 지불하고 이후 Medicaid가 지불합니다.

문의 방법

혜택이나 Medicaid 지원 자격 수준에 대해 질문이 있으시면, Humana 고객 서비스 부서 또는 Apple Health (Medicaid)에 문의하시어 자세한 내용을 확인하시기 바랍니다.

이 플랜의 회원이시면, 수신자 부담 전화로 연락하십시오: **800-457-4708 (TTY: 711)** .

이 플랜의 회원이 **아닌** 경우, 수신자 부담 전화로 연락하십시오: **888-873-0686 (TTY: 711)**.

연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하실 수 있습니다. 주말 및 휴일에는 자동 응답 시스템으로 연결될 수 있음을 유의해 주시기 바랍니다.

또는 저희 웹사이트를 방문하십시오: **Humana.com/Medicare**

Medicaid 혜택은 07/01/2026에 마지막으로 확인되었으며 변경될 수 있습니다. Washington Medicaid 보장에 관한 최신 정보는 Apple Health (Medicaid) 웹사이트 **http://www.hca.wa.gov/**를 방문하시거나, Medicaid 상담 전화 800-562-3022 (수신자 부담) 또는 711 (TTY)로 문의하시기 바랍니다.

건강한 파트너십



Humana가 제공하는 추가 서비스와 리소스로 이 플랜을 최대한 활용하세요!

월별 보험료, 공제금 및 한도

월 플랜 보험료	**$0** 귀하는 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다. 귀하의 파트 A 및/또는 파트 B 보험료는 Apple Health (Medicaid) 프로그램을 통해 귀하를 대신하여 납부될 수 있습니다.
의료 공제금 * 귀하는 오리지널 Medicare와 동일한 금액을 납부합니다.	네트워크 내 파트 B 서비스에 대해 Medicaid 자격 수준에 따라 **$0** 또는 **$283** * 입니다. 다음에 나열된 서비스는 네트워크 내 공제금에서 제외됩니다: 구급차 서비스 항암 치료 약물 및 투여 연속 혈당 모니터 당뇨 모니터링 용품 진단 대장내시경 진단 유방조영술 내구성 의료 장비 응급실 서비스 Medicare 적용 예방 서비스 Medicare 파트 B 인슐린 약물 기타 Medicare 파트 B 약물 외래 혈액 서비스 파트 A 서비스 (가정 건강, 입원 및 숙련 간호) 긴급 치료 센터에서의 긴급 필요 서비스 오리지널 Medicare에서 적용되지 않는 서비스 (즉, 보충 혜택)
약국 (파트 D) 공제금	귀하가 부가 지원(Extra Help)을 받는 경우, 이 플랜에는 **$0** 공제금이 있습니다. 귀하가 부가 지원(Extra Help)을 받지 않는 경우, 귀하의 플랜에는 4단계 및 5단계 약품에 대해 **$700** 공제금이 있습니다. 아래 처방약 혜택 섹션을 참조하십시오.
의료 최대 본인부담금 연간 보장된 의료 서비스에 대한 공동 부담금, 공동 보험 및 기타 비용으로 귀하가 지불하는 최대 금액	**$9,850** 네트워크 내 Apple Health (Medicaid)에 따라 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 최대 본인부담금 금액의 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다.

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서가 필요하지 않습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 통해 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다: ***Humana.com/PAL***.

Humana.

의료 혜택

참고: 비용 분담은 귀하의 Medicaid 자격 수준을 기준으로 합니다. 이 플랜의 경우, 다음 Medicaid 수준은 비용 분담 보호를 받습니다: QMB.

	이 HUMANA 플랜에서 귀하가 납부하는 금액
입원 병원 보장	
이 플랜은 입원 기간에 대해 무제한 일수를 보장합니다.	입원당 공동 부담금 **$0** 또는 **$2,241**
외래 병원 보장	
진단 대장내시경	**$0** 또는 비용의 **20%**
진단용 유방촬영술	**$0** 또는 비용의 **20%**
수술 서비스	**$0** 또는 비용의 **20%**
외래 수술 센터	
진단 대장내시경	**$0** 또는 비용의 **20%**
수술 서비스	**$0** 또는 비용의 **20%**
의사 방문	
일차 진료 제공자 (PCP)	
• 주치의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 원격 진료	공동 부담금 **$0**
전문의	
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 원격 진료	**$0** 또는 비용의 **20%**
예방 진료	
이 플랜은 다음을 포함한 모든 Medicare 예방 서비스를 보장합니다: **암 검진** • 유방암 검진 (유방 조영술) • 자궁경부암 및 질암 검진 • 대장암 검진 • 폐암 검진 • 전립선암 검진 **심혈관(심장) 진료** • 복부 대동맥류 검진 • 심혈관 질환 위험 감소 방문 • 심혈관 질환 검진	공동 부담금 **$0**

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서가 필요하지 않습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 통해 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다: ***Humana.com/PAL***.

의료 혜택 (계속)

	이 HUMANA 플랜에서 귀하가 납부하는 금액
당뇨병 진료 • 당뇨병 검진 • 당뇨병 자기 관리 교육 • Medicare 당뇨병 예방 프로그램 (MDPP)	
식이 지도 및 지원 • 의료 영양 요법 • 비만 검진 및 치료	
정기 검진 및 예방 접종 • 연간 건강 검진(AWV) • 예방 접종 • 정기 신체 검사 • "Medicare에 오신 것을 환영합니다" 예방 방문	
검진 및 상담 서비스 • 골량 측정 • 우울증 검진 • 녹내장 검진 • HIV 검진 • 음주 남용 감소를 위한 검진 및 상담 • 성병(STI) 검진 및 상담 • 흡연 및 담배 사용 중단(흡연 또는 담배 사용 중단을 위한 상담) 계약 연도 중 Medicare가 승인한 추가 예방 서비스는 보장됩니다.	
응급 치료	
응급실 동일한 상태로 24시간 이내에 동일한 병원에 입원하는 경우, 귀하는 받은 응급 치료에 대해 $0를 지불합니다.	공동 부담금 **$0** 또는 **$115**
긴급하게 필요한 서비스	
• **원격 진료**	**$0** 또는 비용의 **20%**
• **긴급 치료 센터** 긴급하게 필요한 서비스는 즉각적인 치료가 필요한 비응급, 예상치 못한 의료 질환, 부상 또는 상태를 치료하기 위해 제공됩니다.	**$0** 또는 비용의 **20%**

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서가 필요하지 않습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 통해 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다: ***Humana.com/PAL***.

Humana.

의료 혜택 (계속)

	이 HUMANA 플랜에서 귀하가 납부하는 금액
전 세계 보장	
• **응급 구급차**	서비스 날짜당 공동 부담금 **$0** 또는 **$325**
• **응급실 - 병원**	공동 부담금 **$0** 또는 **$115**
• **긴급 치료 센터** 미국 및 그 영토 밖에서 응급 상황이나 긴급히 필요한 서비스가 발생한 경우, 제공된 서비스에 대한 비용을 선불로 지불하셔야 하며 환급을 요청하실 수 있습니다. 동일한 상태로 24시간 이내에 같은 병원에 입원하는 경우, 귀하가 받은 응급 치료에 대해 $0를 납부합니다.	**$0** 또는 비용의 **20%**
진단 서비스, 검사 및 영상 촬영	
첨단 영상 서비스 (MRI, MRA, PET 및 CT 스캔)	
• 독립 방사선 시설	공동 부담금 **$0** 또는 **$205**
• 외래 병원	공동 부담금 **$0** 또는 **$345**
• 주치의 진료실	공동 부담금 **$0** 또는 **$330**
• 전문의 진료실	공동 부담금 **$0** 또는 **$330**
기본 방사선 검사 서비스 (X선)	
• 독립 방사선 시설	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 주치의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 긴급 치료 센터	**$0** 또는 비용의 **20%**
진단용 유방촬영술	
• 독립 방사선 시설	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
진단 절차 및 검사	
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 주치의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 긴급 치료 센터	**$0** 또는 비용의 **20%**
검사실 서비스	
• 독립 검사실	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 주치의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 긴급 치료 센터	**$0** 또는 비용의 **20%**

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서가 필요하지 않습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 통해 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다: ***Humana.com/PAL***.

의료 혜택 (계속)

	이 HUMANA 플랜에서 귀하가 납부하는 금액
핵의학 및 관련 서비스	
• 독립 방사선 시설	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
수면 검사	
• 회원 자택	공동 부담금 **$0**
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
치료 방사선학 (방사선 치료)	
• 독립 방사선 시설	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**

청력 서비스

Medicare 적용 청력 서비스	**$0** 또는 비용의 **20%**
의무적 보충 청각 급여	**HER101** • 연 1회까지 정기 검진을 위한 공동 부담금 **$0**. • 공동 부담금 **$0** 연간 최대 1회 적합 비용. • 후속 진료 방문의 경우 공동 부담금 **$0**, 연간 최대 3회. • 레벨 2 처방 보청기 각각에 대해 공동 부담금 **$0**, 연간 귀당 최대 1개. • 참고: 충전 불가능한 보청기당 3년치 배터리 포함 (귀당 연간 최대 60셀) 및 3년 보증 포함. • 보청기 구매 후 첫 해에 최초 의료 제공자와 함께 한 번의 적합 및 세 번의 추후 의료 제공자 방문.

치과 서비스

Medicare 적용 치과 서비스	**$0** 또는 비용의 **20%**

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서가 필요하지 않습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 통해 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다: ***Humana.com/PAL***.

Humana.

의료 혜택 (계속)

	이 HUMANA 플랜에서 귀하가 납부하는 금액
의무적 보충 치과 급여 제한 사항 및 제외 사항이 적용될 수 있습니다. 추가 세부 정보는 보장 범위 증명서(EOC)를 참조하십시오.	**DEN284** • 아말감 및/또는 복합 충전재(치아당 면당 2년마다 최대 1회)에 대해 공동 부담금 **$0**. • 크라운 재접착에 대해 2년마다 최대 1회까지 공동 부담금 **$0**. • 3년마다 사분면당 최대 1회 스케일링 및 치근활택술(심층 세정)에 대해 공동 부담금 **$0**.
<u>혜택 한도</u> • 제출된 청구서는 보장 승인을 위해 임상 검토 및 치과 기록 검토를 포함할 수 있는 심사 절차의 대상이 됩니다. • 이 플랜의 치과 급여는 모든 ADA 시술 코드를 보장하지 않을 수 있습니다. 목록에 없는 서비스는 플랜에서 보장되지 않으며 회원 본인이 부담해야 합니다. • 회원은 연간 최대 급여 보장 금액을 초과하는 금액에 대해 책임을 집니다. • 급여는 역년(calendar year) 기준으로 제공됩니다. 연말까지 사용하지 않은 금액은 소멸됩니다. 각 플랜에 관한 정보는 다음에서 확인할 수 있습니다 **Humana.com/sb .** **<u>네트워크 내 제공자</u>** • *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).	• 공동 부담금 **$0** 포괄적 구강 검진 또는 치주 검사, 교합 조정(3년마다 최대 1회). • 크라운, 의치 수리 - 추가, 기타 수복 서비스 - 코어 빌드업 및 기성 포스트와 코어(치아당 5년마다 최대 1회)에 대해 공동 부담금 **$0**. • 브리지-폰틱, 완전 의치, 파노라마 필름 또는 진단 엑스레이, 부분 의치(5년마다 최대 1회)에 대해 공동 부담금 **$0**. • 공동 부담금 **$0** 평생 최대 1회 신경 치료, 신경 치료 재치료, 단순 또는 외과적 발치에 대해 치아당. • 공동 부담금 **$0** 방문당 최대 1단위의 보장 서비스와 함께 필요한 아산화질소/진통 처치에 대해. • 교익 방사선 사진, 의치 재상, 의치 재이장, 중등도 염증에 대한 스케일링, 조직 컨디셔닝의 경우 공동 부담금 **$0**, 연간 최대 1회. • 의치 수리 - 파손된 치아(치아당 연간 최대 2회)에 대해 공동 부담금 **$0**. • 공동 부담금 **$0** 의치 조정, 의치 수리 - 베이스 및 프레임워크, 응급 진단 검사, 통증에 대한 응급 처치, 보장 서비스와 함께하는 필요한 전신 마취, 구강 외과, 정기 구강검진, 예방 처치(클리닝)에 대해 연간 최대 2회. • 연간 최대 4회 치주 유지 관리에 대해 공동 부담금 **$0**. • 구강 내 방사선 사진의 경우 공동 부담금 **$0**, 연간 최대 6회. • 보장 서비스와 함께하는 필요한 추가 마취에 대해 연간 보장 코드에 따라 필요한 만큼 공동 부담금 **$0**. • 모든 진단/예방 및 종합 혜택에 대한 연간 최대 보장 금액 **$1,500**.

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서가 필요하지 않습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 통해 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다: ***Humana.com/PAL***.

의료 혜택 (계속)

	이 HUMANA 플랜에서 귀하가 납부하는 금액
시력 서비스	
안경류 (백내장 수술 후)	공동 부담금 **$0**
Medicare 적용 당뇨병성 시력 검사	공동 부담금 **$0**
Medicare 적용 시력 서비스 Medicare 적용 시력 서비스의 제공자 검색은 **Humana.com/FindCare에서** 확인하실 수 있습니다.	**$0** 또는 비용의 **20%**
의무적 보충 시력 급여 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. 필수 보충 시력 혜택은 Humana Medicare Insight Network를 통해 제공됩니다. 의료 제공자 검색기는 다음에서 찾을 수 있습니다 **Humana.com/FindCare .** 혜택은 소매 가격에 적용됩니다. 회원은 플랜 승인 금액을 초과하는 비용에 대해 책임을 집니다. 분실 또는 파손된 재료는 적용되지 않습니다. 이 급여는 연간 1회로 제한됩니다. 잔여 혜택 금액은 향후 구매로 "이월"되지 않습니다. 안경 렌즈 옵션은 연간 최대 한 쌍까지 최대 혜택 적용 금액으로 이용 가능할 수 있습니다. 급여는 역년(calendar year) 기준으로 제공됩니다. 연말까지 사용하지 않은 금액은 소멸됩니다. 보충 혜택에 대해 납부한 공동 부담금, 공동 보험, 및 공제금은 귀하의 최대 본인부담금 금액에 포함되지 않습니다.	**VIS736** • 연 1회까지 정기 검진을 위한 공동 부담금 **$0**. • 콘택트렌즈 또는 안경 렌즈와 프레임, 안경 렌즈와 프레임 적합에 대한 연간 **$50** 최대 혜택 보장 금액입니다. • 또는 • PLUS Provider에서 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈 및 프레임), 안경(렌즈 및 프레임) 적합에 대해 연간 **$100** 최대 급여 적용 금액. • 안경 렌즈 옵션은 연간 최대 1쌍에 대해 최대 혜택 보장 금액으로 이용 가능할 수 있습니다. • 최대 급여 보장 금액은 연간 1회 사용으로 제한됩니다. • 최대 혜택 보장 금액은 합산할 수 없습니다. PLUS 제공자는 Humana Medicare Insight 네트워크의 일부이며 제공자 검색 결과에 표시됩니다.
정신 건강 서비스	
입원 본 플랜은 정신과 병원에서의 입원 정신 건강 치료에 대해 평생 최대 190일을 보장합니다.	입원당 공동 부담금 **$0** 또는 **$2,091**
정신 건강 치료 방문	
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 원격 진료	**$0** 또는 비용의 **20%**

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서가 필요하지 않습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 통해 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다: ***Humana.com/PAL***.

Humana.

의료 혜택 (계속)

	이 HUMANA 플랜에서 귀하가 납부하는 금액
외래 약물 남용 서비스	
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 원격 진료	**$0** 또는 비용의 **20%**
숙련 간호 시설 (SNF)	
이 플랜은 SNF에서 최대 100일을 보장합니다	1~20일차: 1일당 공동 부담금 **$0** 21~100일차: 1일당 공동 부담금 $0 또는 **$221**
구급차	
• **항공**	**$0** 또는 비용의 **20%**
• **육상**	서비스 날짜당 공동 부담금 $0 또는 **$325**
교통	
의무적 보충 교통 혜택 회원은 교통편을 마련하기 위해 예약일 최소 3 영업일 전에 교통 서비스 업체에 **반드시** 연락해야 하며, 플랜의 특정 교통 서비스 제공자로 안내받기 위해 고객 서비스 센터에 문의해야 합니다.	플랜 승인 장소에 대해 연간 최대 편도 24회까지 공동 부담금 **$0**. 이 혜택은 편도 이동 거리 25마일을 초과할 수 없습니다.
균일성 유연성 비응급 의료 교통 혜택 회원은 교통 서비스 제공업체에 예약 최소 3 영업일 전에 **반드시** 연락하여 교통편을 마련해야 하며, 플랜의 특정 교통 서비스 제공업체로 안내받기 위해 고객 서비스 센터에 문의해야 합니다.	공동 부담금 **$0** 만성 신장 질환(CKD), 말기 신장 질환(ESRD) 또는 암 진단을 받은 회원에 대해 연간 무제한 편도 이동까지 플랜 승인 장소. 이 혜택은 편도 이동 거리 25마일을 초과할 수 없습니다.
MEDICARE 파트 B 의약품 일부 리베이트 대상 파트 B 약제는 더 낮은 공동 보험이 적용될 수 있습니다.	
알레르기 주사 및 혈청	
• 주치의 진료실	공동 부담금 **$0**
• 전문의 진료실	공동 부담금 **$0**
항암 화학요법 약물	
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
기타 파트 B 약물	
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 주치의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 약국	공동 부담금 **$0**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서가 필요하지 않습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 통해 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다: ***Humana.com/PAL***.

의료 혜택 (계속)

	이 HUMANA 플랜에서 귀하가 납부하는 금액
파트 B 인슐린	
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 주치의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 약국	공동 부담금 **$0**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
이 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1개월(최대 30일) 공급량에 대해 **$35** 이상을 납부하지 않으셔도 됩니다.	

처방약 혜택

플랜 주요 사항	
부가 지원(EXTRA HELP)	저희 회원 대부분은 처방약 플랜 비용을 납부하기 위해 Medicare의 부가 지원 자격을 갖추고 있으며 이를 받고 있습니다. Extra Help 프로그램에 가입되어 있는 경우, 아래 Extra Help 섹션을 참조하여 귀하의 공제금 및 초기 보장 단계 비용 분담금을 확인하십시오.
100일 공급량	적격 의약품에 대해 최대 100일 공급량
인슐린 비용	이 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1개월(최대 30일) 공급량에 대해 **$35** 이상을 납부하지 않으셔도 됩니다.
$0 백신	예방접종자문위원회(ACIP)가 권장하는 성인 파트 D 보장 백신에 대한 공동 부담금 **$0**

부가 지원(EXTRA HELP)

의약품에 대한 부가 지원(Extra Help)을 받으시는 경우, **$0** 공제금이 적용됩니다.

연간 **$2,400** 자기부담금 한도에 도달하기 전까지, 부가 지원(Extra Help) 수준에 따라 다음 중 하나를 납부하게 됩니다:

- 일반/선호 다출처 의약품 또는 바이오시밀러의 경우 **$5.80**; 기타 모든 약품의 경우 **$14.40**; 또는
- **$1.65** 제네릭/선호 다출처 의약품 또는 바이오시밀러의 경우; **$5.00** 기타 모든 의약품의 경우; 또는
- 모든 약품에 대해 **$0**

연간 **$2,400** 자기부담 한도에 도달한 후, 귀하가 받는 Extra Help 수준에 관계없이 해당 달력 연도의 나머지 기간 동안 **$0**를 지불하게 됩니다. 추가 정보는 귀하의 LIS 라이더에서 확인할 수 있습니다.

비용 분담금은 귀하가 선택하는 약국, 파트 D 혜택의 다른 단계로 진입하는 시기, 그리고 Extra Help 자격 여부에 따라 변경될 수 있습니다. 부가 지원 자격 여부를 확인하려면, 800-772-1213 (TTY: 800-325-0778)로 사회보장국에 문의하시기

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서가 필요하지 않습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 통해 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다: ***Humana.com/PAL***.

Humana.

바랍니다. 월요일 – 금요일, 오전 7시 – 오후 7시. 처방약 혜택에 대한 자세한 정보는 저희에게 전화하시거나 온라인에서 보장 범위 증명서 서류를 열람하시기 바랍니다.

공제금

이 플랜에는 4단계 및 5단계 약품에 대한 **$700** 공제금이 있습니다. 귀하는 **$700**에 도달할 때까지 이러한 약품의 전체 비용을 지불합니다. 그 이후에는 비용 분담금만 지불하며, 초기 보장 단계로 진입합니다.

초기 보장(INITIAL COVERAGE)

귀하의 총 자기부담 비용이 **$2,400**에 도달할 때까지 다음 금액을 지불합니다. 이 금액에 도달하면 재난적 단계로 진입하게 됩니다.

약국 비용 분담

	소매 비용 분담 모든 네트워크 내 소매 약국 포함		**일반 우편 주문 비용 분담**		**우선 우편 주문 비용 분담** CenterWell Pharmacy ¨	
일 공급량	**30일**	**100일***	**30일**	**100일***	**30일**	**100일***
1단계: 우선 제네릭	$0	$0	$10	$30	$0	$0
2단계: 제네릭	$0	$0	$20	$60	$0	$0
3단계: 우선 브랜드	17%	17%	17%	17%	17%	17%
4단계: 비선호 약품	46%	46%	46%	46%	46%	46%
5단계: 전문 의약품 단계	25%	N/A	25%	N/A	25%	N/A

네트워크에서 이용 가능한 약국을 찾으려면 **Humana.com/pharmacyfinder**를 방문하십시오.

*일부 약품은 30일 공급량으로 제한되며, 다른 약품은 최대 100일 공급량이 가능할 수 있습니다.

인슐린 비용 분담

	소매 비용 분담 모든 네트워크 내 소매 약국 포함		**일반 우편 주문 비용 분담**		**우선 우편 주문 비용 분담** CenterWell Pharmacy ¨	
일 공급량	**30일**	**100일***	**30일**	**100일***	**30일**	**100일***
1단계: 우선 제네릭	$0	$0	25% (최대 $10)	25% (최대 $30)	$0	$0
2단계: 제네릭	$0	$0	16% (최대 $20)	16% (최대 $60)	$0	$0
3단계: 우선 브랜드	17% (최대 $35)	17% (최대 $105)	17% (최대 $35)	17% (최대 $105)	17% (최대 $35)	17% (최대 $105)
4단계: 비선호 약품	25% (최대 $35)	25% (최대 $105)	25% (최대 $35)	25% (최대 $105)	25% (최대 $35)	25% (최대 $105)
5단계: 전문 의약품 단계	25% (최대 $35)	N/A	25% (최대 $35)	N/A	25% (최대 $35)	N/A

*모든 단계에 인슐린이 포함되지 않을 수 있습니다. 인슐린 보장을 확인하려면 처방약 안내서를 참조하십시오.

소매 약국 및 우편 주문 약국을 포함한 여러 방법으로 처방전을 조제받을 수 있습니다. Humana 플랜의 경우, CenterWell Pharmacy®는 비용 분담 혜택이 있는 우선 우편 주문 약국입니다. 자세한 내용은 **CenterWellPharmacy.com**을 방문하십시오.

비용 분담 단계에 관계없이, 또한 공제금을 납부하지 않으셨더라도, 이 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1개월(최대 30일) 공급량에 대해 **$35** 이상을 납부하지 않으셔도 됩니다.

네트워크에서 이용 가능한 약국을 찾으려면 **Humana.com/pharmacyfinder**를 방문하십시오.

*일부 약품은 30일 공급량으로 제한되며, 다른 약품은 최대 100일 공급량이 가능할 수 있습니다.

재난적 보장

총 본인부담금이 **$2,400**에 도달한 후, 플랜이 보장하는 파트 D 약품에 대해 **$0**를 지불합니다.

네트워크 내 장기 요양 시설에 거주하시는 경우, 네트워크 내 소매 약국에서 지불하시는 금액과 동일하게 지불하십니다. 특정 상황에서는 네트워크 외 약국에서 약을 구입할 수 있지만 네트워크 내 약국에서 지불하는 것보다 더 많은 비용을 지불할 수 있습니다.

Humana.

추가 혜택

	이 HUMANA 플랜에서 귀하가 납부하는 금액
침술 서비스 (Medicare 보장)	만성 요통에 대한 침술 치료 시 연간 최대 20회 방문에 대해 **$0** 또는 공동 보험 **20%**.
척추 교정 서비스 (Medicare 보장)	**$0** 또는 비용의 **20%**
족부 진료 서비스 (Medicare 보장)	**$0** 또는 비용의 **20%**
의료 장비/용품	
연속 혈당 모니터(CGM)	
• 내구성 의료 장비 (DME) 공급업체	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 약국	공동 부담금 **$0**
• 우선 약국	공동 부담금 **$0**
당뇨병 모니터링 용품	
• 당뇨 용품 공급업체	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 네트워크 소매 약국	공동 부담금 **$0**
• 우선 당뇨병 공급업체	공동 부담금 **$0**
내구성 의료 장비 (DME)	**$0** 또는 비용의 **20%**
의료 공급업체에서의 의료 용품	**$0** 또는 비용의 **20%**
의지 및 관련 용품	**$0** 또는 비용의 **20%**
재활 서비스	
심장 재활 서비스	
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
작업 치료	
• 종합 외래 재활 시설	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
물리 치료	
• 종합 외래 재활 시설	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
폐 재활 서비스	
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서가 필요하지 않습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 통해 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다: ***Humana.com/PAL***.

추가 혜택 (계속)

	이 HUMANA 플랜에서 귀하가 납부하는 금액
언어 치료	
• 종합 외래 재활 시설	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**
말초 동맥 질환 (PAD)에 대한 감독 운동 요법 (SET)	
• 외래 병원	**$0** 또는 비용의 **20%**
• 전문의 진료실	**$0** 또는 비용의 **20%**

Medicaid 혜택 비교

위의 적용 의료 및 입원 급여 항목에 설명된 급여는 Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)에서 적용됩니다. 아래에 나열된 각 혜택에 대해 Apple Health(Medicaid)가 적용하는 내용과 이 플랜이 적용하는 내용을 확인할 수 있습니다.

모든 Medicaid 혜택은 Apple Health(Medicaid) 자격 지침 및 요건의 적용을 받으며, 완전 이중 자격 대상자에게만 제공됩니다. Medicaid 자격 및 귀하가 받을 수 있는 혜택에 대해 궁금한 점이 있으시면, 회원 안내서를 검토하시거나 Apple Health(Medicaid)에 800-562-3022(수신자 부담) 711(TTY)로 문의하시기 바랍니다.

혜택	Medicaid 혜택	본 플랜 혜택
구급차	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
외래 수술 센터	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
의치	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
진단 서비스, 검사 및 영상 검사	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
의사 방문	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
응급 치료	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
안경	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
보청기	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
가정 및 지역사회 기반 면제 서비스 프로그램	자격 기준에 따라 보장됨	보장되지 않음
입원 병원	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서가 필요하지 않습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 통해 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다: ***Humana.com/PAL***.

Humana.

혜택	Medicaid 혜택	본 플랜 혜택
입원 정신 건강 서비스, 요양 시설 및 중간 치료 시설 정신 질환(MD) 기관 내 서비스, 정신 질환(MD), 65세 이상	자격 기준에 따라 보장됨	제한적으로 보장됨
입원 정신 건강 서비스, 21세 미만	자격 기준에 따라 보장됨	제한적으로 보장됨
다음을 위한 중간 치료 시설 지적 장애가 있는 개인 (ICFs-IID)	자격 기준에 따라 보장됨	보장되지 않음
MEDICARE 파트 B 의약품	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
정신 건강 서비스	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
요양 시설 서비스, 기타 정신 질환 기관 이외의 질환	자격 기준에 따라 보장됨	제한적으로 보장됨
외래 병원 보장	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
물리치료, 작업치료, 언어 치료	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
예방 진료	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
전문 요양 시설	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
교통	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨
긴급하게 필요한 서비스	자격 기준에 따라 보장됨	보장됨

플랜 제공자로부터 보장 서비스를 받기 위해 의뢰서가 필요하지 않습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 통해 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다: ***Humana.com/PAL***.

이 플랜의 추가 혜택

이 플랜에 포함된 추가 혜택을 누리세요.
이것은 저희가 보장하는 내용의 요약입니다. 이 문서는 저희가 보장하는 모든 서비스를 나열하거나 모든 제한 사항 또는 제외 사항을 나열하지는 않습니다. 보장 범위 증명서(EOC)는 보장 범위 및 서비스의 전체 목록을 제공합니다. EOC 사본을 보려면 **Humana.com/PlanInformation**을 방문하시거나 **888-873-0686**으로 전화하십시오.

Humana 휴대폰 혜택
공동 부담금 **$0**

SSBCI 자격이 있는 경우, 수령하실 수 있습니다 무제한 통화, 문자, 및 데이터를 추가 비용 없이 이용할 수 있는 휴대전화.

Humana Healthy Options Allowance ¨*
선불 지출 카드로 월 **$70** 지급.

모든 플랜 회원은 참여 소매점이나 플랜이 승인한 OTC 우편 주문 판매업체를 통해 승인된 일반의약품(OTC) 건강 및 웰니스 제품을 구매하기 위해 이 금액을 받습니다.

또한, 특정 자격을 갖춘 만성 질환이 있고 기타 프로그램 기준을 충족하는 회원은 이 금액을 적격 식료품, 공과금, 임대료 등에도 사용할 수 있습니다.

사용되지 않은 금액은 매월 이월되며 플랜 연도 말에 만료되거나 탈퇴 중 먼저 발생하는 시점에 만료됩니다.

- 매월 초에 사용할 수 있는 지원금이 제공됩니다.
- 제한 및 제약이 적용될 수 있습니다.

HMO 여행 혜택
회원은 다른 주로 여행 시 참여 HMO 전국 네트워크 제공자로부터 서비스를 받을 경우 네트워크 내 혜택을 받을 수 있습니다.

이 소책자에 나열된 서비스 지역 내에서 귀하의 주치의(PCP)로 활동할 네트워크 내 의사를 선택하셔야 합니다.

금연 프로그램
금연 또는 담배 제품 사용을 중단하려는 귀하의 노력을 더욱 지원하기 위해, 저희는 12개월 기간 내에 귀하에게 비용 부담 없는 서비스로 추가 상담 금연 시도 한 번을 보장합니다. 이는 Medicare에서 제공하는 두 번의 상담 시도에 추가되며 최대 네 번의 대면 방문을 포함합니다. 이 서비스는 예방 조치 또는 담배 관련 질병 진단에 사용될 수 있습니다.

Humana Well Dine® 식사 프로그램
Humana Well Dine® 식사 프로그램에 대한 공동 부담금 **$0**.

병원 또는 요양 시설에서 입원 치료를 받은 후, 7일 동안 하루 2끼의 가정 배달 식사(최대 14끼)를 받을 자격이 있을 수 있습니다.

* 이 지출 수당 및 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. 자세한 내용은 플랜의 보장 범위 증명서를 참조하십시오. 이 프로그램을 임대료 또는 공과금에 사용하는 경우, 주택도시개발부(HUD)는 이를 소득으로 신고하도록 요구합니다. 문의 사항이 있으시면 지역 HUD 사무소에 문의하십시오.

Humana.

식사는 입원 치료 퇴원 후 30일 이내에 신청해야 합니다.

연간 4회로 제한됩니다.

보상 및 인센티브 - Go365 ¨ by Humana
예방 검진 및 검사와 같은 건강 활동에 참여하고 Go365 Advanced로 보상을 받으세요.

SilverSneakers® 피트니스 프로그램
SilverSneakers®를 위한 공동 부담금 **$0**.

피트니스 프로그램에는 참여 시설 이용 및 공인 강사가 진행하는 시그니처 단체 운동 수업 참여가 포함됩니다.

이 혜택은 또한 라이브 수업, 주문형 동영상 및 모바일 앱을 통해 지원 네트워크와 가상 리소스에 연결해 드립니다.

귀하의 혜택에 대해 더 알아보려면 SilverSneakers.com을 방문하십시오.

자세히 알아보기

의사나 약국을 찾는 데 도움이 필요하신가요? 이 플랜의 **의료 서비스 제공자 및 약국 디렉토리는** 당사 웹사이트 **Humana.com/FindCare에서** 확인하시거나, 이 책자 앞부분에 기재된 번호로 전화하시면 사본을 보내드립니다. 많은 의사 목록에는 Care Highlight ® 단계가 포함되어 있습니다. 임상 품질의 이러한 단계 그리고 비용 효율성은 귀하의 의료 서비스에 대해 정보에 입각한 선택을 하는 데 도움이 될 수 있습니다. 평점은 의사의 임상 품질 및 비용 효율성을 측정하기에 충분한 정보가 있을 때만 표시됩니다. 자세한 내용은 **Humana.com/CareHighlight**에서 확인하세요.

저희 웹사이트 **Humana.com/druglist에서** 이 플랜의 **약품 안내서를** 확인하시거나, 이 책자 앞부분에 기재된 번호로 저희에게 전화하시면 보내드리겠습니다.

임상 품질 및 비용 효율성 단계는 알래스카를 제외한 모든 주에서 제공됩니다. 모든 의사에 대해 단계가 제공되는 것은 아닙니다. Care Highlight는 정보 제공 목적으로만 제공됩니다. 회원은 의사가 Care Highlight 단계를 보유하고 있는지 여부에 관계없이 Humana 네트워크 내 모든 의사를 이용할 수 있습니다. 단계가 의사 선택의 유일한 기준이 되어서는 안 됩니다. Humana는 이 단계를 기반으로 의사에게 성과 기반 보수를 지급하지 않습니다. 단계가 의료 서비스의 품질이나 결과를 보장하지는 않습니다.

오리지널 Medicare의 보장 범위 및 비용에 대해 자세히 알아보려면 현재 "Medicare & You" 안내서를 참조하십시오. http://www.medicare.gov에서 온라인으로 확인하시거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 사본을 받으십시오. 연중무휴 24시간 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)은 Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) 케어 모델에 대한 심사를 바탕으로, 2029년 12월 31일까지 특별필요플랜(SNP)으로 운영하도록 National Committee for Quality Assurance (NCQA)의 승인을 받았습니다.

Medicare 공동 부담금 지원을 받으시는 경우, Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) 의료 서비스 제공자는 공제금, 공동 보험, 공동 부담금을 포함하여 Medicare 파트 A 및 파트 B에서 보장되는 서비스와 항목에 대해 귀하에게 수납하거나 청구할 수 없습니다 – Medicaid 지급액이 없거나 의료 서비스 제공자가 Medicaid에 청구하지 않기로 선택한 경우에도 마찬가지입니다. 제공자가 귀하에게 납부를 요청한다면, 그것은 법을 위반하는 것입니다. 그러나 귀하는 소액의 Medicaid 공동 부담금에 대해 책임을 질 수도 있습니다.

보장되는 Medicare 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 공제금, 공동 보험 또는 공동 부담금을 네트워크 내 제공자로부터 청구받거나 납부 요청을 받으신 경우, 귀하가 공동 부담금 보호를 받고 있으며 청구될 수 없음을 제공자에게 알리십시오. 이미 납부하셨다면, 귀하는 환불받을 권리가 있습니다. 제공자가 계속 청구를 중단하지 않는 경우, 800-457-4708로 저희에게 전화하시거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY 1-877-486-2048)로 Medicare에 전화하실 수 있습니다. Humana 또는 Medicare는 귀하의 제공자에게 청구를 중단하고 귀하가 납부한 금액을 환급하도록 요청할 수 있습니다.

귀하의 의료 제공자는 공제금, 공동 보험 또는 공동 부담금에 적용되는 금액에 대한 추가 이차 지급 검토를 위해 Apple Health (Medicaid)에 청구하도록 선택할 수 있습니다. 귀하가 본인 부담금 보호 대상인 경우,

Humana.

자세히 알아보기 (계속)

의료 제공자는 연방 규정에 따라 급여 대상 Medicare 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)의 1차 지불과 Apple Health (Medicaid)의 2차 지불을 전액 지불로 수락해야 합니다. 이는 Medicaid 지불액이 0인 경우 또는 의료 제공자가 Medicaid에 청구하지 않기로 선택한 경우에도 적용됩니다.

표시된 원격 의료 서비스는 오리지널 Medicare에서 보장하는 원격 의료 외에 추가로 제공됩니다. 오리지널 Medicare 원격 의료에 대한 귀하의 비용은 다를 수 있습니다. 원격 방문 또는 원격 진료라고도 하는 원격의료 서비스에 대한 제한은 주에 따라 다릅니다. 이러한 서비스는 응급 치료를 대체하지 않으며 일차의료 제공자 또는 그 외 네트워크 내 제공자를 대체할 의도로 마련된 것이 아닙니다. 원격의료 서비스의 사용에 관한 설명은 정보 제공을 목적으로만 사용되는 것으로, 이를 의학적 조언으로 해석해서는 안 됩니다. 플랜에서 혜택을 보장할 수 있는 사항이나 적용될 수 있는 그 외 규칙에 대한 추가 상세 정보는 보장 범위 증명서를 참조하십시오.

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

모든 제품 이름, 로고, 브랜드 및 상표는 해당 소유자의 재산이며 어떠한 사용도 보증을 의미하지 않습니다.

클릭 한 번으로 더 많은 정보를 확인하세요.

혜택 및 비용을 포함한 이 플랜에 대한 추가 세부 정보를 보려면 **Humana.com/PlanInformation**을 방문하십시오.

인쇄된 보장 범위 증명서, 제공자 명부 또는 약품 안내서를 우편으로 받고 싶으시면, 위 웹사이트에서 온라인으로 요청하시거나 **800-457-4708 (TTY: 711)**로 전화하십시오. 연중무휴 24시간 이용 가능합니다. 전화하시기 전에 Humana 가입자 ID 카드를 준비하십시오. 전화 이유를 묻는 경우, "Evidence of Coverage(보장 범위 증명서)," "Drug Guide(약품 안내서)" 또는 "Provider Directory(제공자 명부)"라고 말씀하십시오.

안전한 MyHumana 계정을 활성화하세요.

온라인 MyHumana 계정은 Humana 회원 자격의 중요한 부분입니다. 이를 사용하여 언제든지 이 플랜의 세부 정보를 확인하고 중요한 플랜 문서를 온라인에서 한 곳에서 모두 이용하십시오. 사용하기 쉽고 귀하에 맞게 맞춤화되어 있습니다.

이미 계정이 있으신가요?

Humana.com/Member/ManageYourAccount로 이동하여 로그인하십시오.

아직 계정이 없으신가요?

위의 동일한 링크를 사용하여 몇 분 만에 계정을 만드세요.

기타 보험 상품에 관한 정보 수신

당사는 Humana 가입자인 귀하께 전화를 걸어 다른 보험 관련 상품을 소개할 수 있습니다. ID 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화하시면 향후 수신 전화를 수신 거부하실 수 있습니다.

Humana.

비차별 통지

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.:

- 장애가 있는 분들에게 저희와 효과적으로 소통할 수 있도록 합리적인 편의 제공 및 무료 적절한 보조 기구와 서비스를 제공합니다. 예를 들면:
  - 공인 수화 통역사
  - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식).
- 주로 사용하는 언어가 영어가 아닌 분들을 위해 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, 성별 정체성, 성, 성적 지향, 나이, 장애, 출신 국가, 군 복무 여부, 재향군인 지위, 유전 정보, 가계, 민족, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 의료 서비스 필요성을 이유로 귀하를 차별했다고 생각하시면, Humana Inc.의 비차별 담당자에게 P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)** 또는 **accessibility@humana.com**으로 직접 방문, 우편 또는 이메일로 고충을 제기할 수 있습니다. 고충 제출에 도움이 필요하신 경우, Humana Inc.의 차별 금지 코디네이터가 도와드릴 수 있습니다.

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

- 미국 보건복지부, 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-disclosure**에서 확인할 수 있습니다.
GHHNDN2026HUM_0526

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 والتنسّيق 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-ɓɔ̌-po-kà ɓě ɓé wa nyuɛsé wídí pɛ́è-pɛ́èdɔ̀ kɔ.̌ Ɗá **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' hodíilnih.

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.

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

이 플랜에 관한 중요 정보

Humana.com

H5619_SB_MAPD_HMO_166000_2027_KO_M