

2026

# 연례 변경 사항 고지문

---

**Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP)**

Washington  
WA의 선별 카운티

**Humana**<sup>®</sup>



## 2026년 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP) 업데이트 사항을 검토할 시간입니다

2025년 필요하신 보장을 위해 Humana를 신뢰하고 선택해 주셔서 감사합니다. 이 문서에는 연례 변경 사항 고지문이 수록되어 있으며, 2025년과 2026년의 플랜 혜택을 나란히 비교해볼 수 있습니다. 여기에는 중요한 변경 사항이 수록되어 있지만, 모든 플랜 혜택이 수록된 전체 목록은 나와 있지 않습니다.

Humana는 가입자가 가장 많이 이용하는 혜택과 서비스로 구성된 플랜을 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 올해 플랜도 예외는 아닙니다. 올해에도 많은 Humana 고객이 가입한 플랜에서 동일한 혜택을 누리게 되며, 일부 가입자의 경우 향상된 혜택을 누릴 수 있습니다. 또한, 플랜을 보다 쉽게 이용하고 필요한 진료를 받을 수 있도록 기타 변경 사항을 적용했습니다.



예를 들어, 이중 적격 특수 요구(D-SNP) 플랜에는 치과, 안과, 청력 및 처방약 보장이 포함됩니다. 또한 유방조영상, 대장내시경, 골밀도 선별검사 등 \$0 금액의 예방 검진을 제공합니다.

### 2026년 플랜을 이용할 준비가 되었는지 확인하는 방법은 다음과 같습니다.



플랜 변경 사항을 주의 깊게 검토합니다. 현재 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP) 플랜을 유지하려는 경우 아무 것도 하지 않아도 됩니다. 이 플랜은 2026년 1월 1일에 자동으로 갱신되기에 현재 Humana 가입자 ID 카드를 계속 사용해도 됩니다.



궁금한 점이 있으면 [www.Humana.com/PlanInformation](http://www.Humana.com/PlanInformation)에서 온라인으로 더 많은 정보를 확인할 수 있습니다.



10월 15일부터 [www.Humana.com/PlanInformation](http://www.Humana.com/PlanInformation)으로 이동하거나 QR 코드를 스캔하여 2026년 보장 범위 증명서에 포함된 플랜 혜택의 전체 목록을 온라인으로 확인할 수 있습니다.

Humana에 가입해 주셔서 감사합니다. 2026년 한 해 최고의 의료 서비스를 지원할 수 있도록 최선을 다하겠습니다.

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP) 플랜은 Humana 회사인 Arcadian Health Plan, Inc.에서 제공합니다.

## 2026년 연례 변경 사항 고지문

귀하는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP)의 가입자로 등록되어 있습니다.

이 자료에서는 내년에 플랜 비용과 혜택에 대한 변경 사항을 설명합니다.

- **10월 15일부터 12월 7일까지 내년도 Medicare 보장을 변경할 수 있습니다.** 2025년 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않을 경우 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP)에 자동으로 가입됩니다.
- **다른 플랜**으로 변경하려면 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)에 방문하거나 *Medicare & You 2026* 핸드북 뒷면의 목록을 검토하십시오.
- 이 표는 변경 사항을 간략하게 요약한 내용임에 유의하십시오. 보장 범위 증명서에서 비용, 혜택 및 규칙에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다. [Humana.com/PlanDocuments](http://Humana.com/PlanDocuments)에서 사본을 받거나 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711)로 전화하여 우편으로 사본을 받을 수 있습니다. 또한 *보장 범위 증명서*를 검토하여 다른 혜택 또는 비용 변경이 귀하에게 영향을 미치는지 확인할 수 있습니다.

### 추가 자원

- 본 자료는 스페인어로 무료로 제공됩니다.
- 자세한 내용은 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711)로 전화하십시오. 전화 상담 운영 시간은 10월 1일~3월 31일 사이에는 주7일 오전 8시~오후 8시, 4월 1일~9월 30일 사이에는 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시입니다. 통화료는 무료입니다.
- 이 정보는 점자, 큰 글씨, 오디오 등 다른 형식으로도 이용 가능합니다. 다른 형식의 플랜 정보가 필요하신 경우, 위 번호로 고객 지원에 연락해 주십시오.
- **본 플랜에 따른 보장은 적격 건강 보장(QHC, Qualifying Health Coverage)의 자격을 갖추었으며** 환자 보호 및 부담 적정 보험법(ACA)의 개인 공유 책임 요건을 충족합니다. 자세한 정보는 Internal Revenue Service(IRS) 웹사이트([www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families))를 참조하십시오.

### Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP) 소개

- Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP)은 Medicare 계약과 함께 Washington Medicaid 프로그램과 계약을 맺은 이중 적격 특수 요구 HMO SNP 플랜입니다. 본 Humana 플랜 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다. 당사 플랜은 또한 Medicaid 혜택 조율을 위해 Washington Medicaid 프로그램과 서면 계약을 체결했습니다.

본 자료에서 "당사" 또는 "저희"란 Humana 회사인 Arcadian Health Plan, Inc.를 의미합니다. "플랜" 또는 "당사 플랜"이란 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP)을 의미합니다.

- **2025년 12월 7일까지 어떠한 조치도 취하지 않으면 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP)에 자동으로 가입됩니다.** 2026년 1월 1일부터 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP)을 통해 의료 서비스 및 의약품 보장을 받을 수 있습니다. 변경 적용을 위해 플랜 및 마감 기한을 변경하는 방법에 대한 자세한 내용은 3절을 참조하십시오.

H5619\_ANOC\_MAPD\_HMO\_167000\_2026\_KO\_M

OMB 승인 0938-1051(만료일: 2026년 8월 31일)

## 목차

<b>2026년 플랜의 주요 비용 요약</b> .....	<b>5</b>
<b>1절 내년도 혜택 및 비용 변경 사항</b> .....	<b>10</b>
1.1절 월 플랜 보험료에 대한 변경 사항.....	10
1.2절 최대 본인부담 비용에 대한 변경 사항 .....	10
1.3절 제공자 네트워크에 대한 변경 사항 .....	11
1.4절 약국 네트워크에 대한 변경 사항 .....	11
1.5절 의료 서비스의 혜택 및 비용 변경 사항 .....	11
1.6절 파트 D 약품 보장에 대한 변경 사항 .....	15
1.7절 처방약 혜택 및 비용에 대한 변경 사항 .....	16
<b>2절 관리 변경 사항</b> .....	<b>19</b>
<b>3절 플랜 변경 방법</b> .....	<b>19</b>
3.1절 플랜 변경 기한.....	20
3.2절 연중 다른 변경 시기가 있습니까?.....	20
<b>4절 처방약 비용 지불 관련 문의하기</b> .....	<b>20</b>
<b>5절 질문이 있으신가요?</b> .....	<b>21</b>
Humana Gold Plus SNP-DE H167-5619(HMO D-SNP)에 문의하기.....	21
Medicare 관련 무료 상담 받기 .....	22
Medicare에 문의하기 .....	22
Medicaid에 문의하기.....	22
<b>자료 A 주 기관 연락처 정보</b> .....	<b>23</b>

가입자가 거주하는 주에서 도움을 받을 수 있는 기관의 명칭과 주소, 전화번호, 기타 연락처 정보가 나와 있습니다.

## 2026년 플랜의 주요 비용 요약

비용	2025년(올해)	2026년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
월 플랜 보험료	\$0 또는 최대 \$26.20	\$0
공제금	\$0	\$0
<b>최대 본인부담 비용</b> 이는 보장된 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 가입자가 부담하는 최대 본인부담비용입니다(자세한 내용은 1.2절 참조).	<b>\$9,350</b> 가입자는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 최대 본인부담 비용에 도달할 때까지 본인부담비용을 지불할 책임이 없습니다.	<b>\$9,250</b> 가입자는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 최대 본인부담 비용에 도달할 때까지 본인부담비용을 지불할 책임이 없습니다.
<b>주치의 진료실 방문</b>	진료당 공동 부담금 \$0	진료당 공동 부담금 \$0
<b>전문의 진료실 방문</b>	진료당 공동 부담금 \$0	진료당 공동 부담금 \$0
<b>병원 입원</b> 급성 입원환자, 입원환자 재활, 장기요양 병원 및 기타 유형의 보장 입원진료 서비스를 포함합니다. 병원 입원진료는 귀하가 의사의 지시에 따라 병원에 정식으로 입원한 날부터 시작됩니다. 퇴원 전날이 마지막 입원 날짜입니다.	입원당 공동 부담금 \$0	입원당 공동 부담금 \$0
<b>파트 D 약품 보장 공제금</b> (자세한 내용은 1.7절 참조)	보장되는 인슐린 제품과 대부분의 성인 파트 D 백신은 제외하고 <b>\$590</b>	보장되는 인슐린 제품과 대부분의 성인 파트 D 백신은 제외하고 <b>\$550</b>

비용	2025년(올해)	2026년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
<p><b>파트 D 약품 보장</b> (연간 공제금, 초기 보장 및 재난적 보장 단계를 포함한 자세한 내용은 1.7절을 참조하십시오.)</p> <p>일부 단계에는 인슐린이 포함되지 않을 수 있습니다. 인슐린 보장을 확인하려면 처방약 안내서를 참조하십시오.</p>	<p>부가 지원을 받는 경우 <b>\$0 Rx 공동 부담금 혜택</b>이 적용됩니다. 매년 모든 플랜 보장 파트 D 약품에 대해 다음 비용을 지불합니다.</p> <p>공제금: <b>\$0</b></p> <p>초기 보장 혜택 단계 중 공동 부담금:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품: <b>\$0</b></li> </ul> <p>부가 지원을 받지 <b>않으면 \$0 Rx 공동 부담금 혜택</b>이 적용되지 <b>않습니다</b>. 가입자가 지불하는 비용은 다음과 같습니다.</p> <p>초기 보장 혜택 단계 중 공동 보험비용:</p>	<p><b>\$0 Rx 공동 부담금 혜택</b>은 제공되지 <b>않습니다</b>.</p> <p>부가 지원을 받는 경우 가입자가 지불하는 금액은 가입자가 받는 부가 지원 수준에 따라 달라집니다. 비용 부담금은 LIS 부칙 첨부 문서를 참조하십시오.</p> <p>부가 지원을 받는 경우 귀하의 공제금은 <b>\$0</b>입니다.</p> <p>부가 지원을 받지 <b>않는</b> 경우 다음과 같은 금액을 지불합니다.</p> <p>이 단계에서는 1단계 약품의 경우 <b>\$0</b>의 비용 부담을 하고, 2단계 약품의 경우 <b>\$0</b>, 3단계, 4단계, 5단계 약품에 대해서는 연간 공제금에 도달할 때까지 약품 비용 전액을 지불합니다.</p> <p>초기 보장 혜택 단계 중 공동 부담금/공동 보험비용:</p>

비용	2025년(올해)	2026년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
	<p><b>소매 약국</b>에서 받는 30일분 약품:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품: <b>25%</b></li> </ul> <p>처방전당 <b>25%</b>를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린 제품의 처방전에 대해서는 1개월분 약품당 <b>\$35</b>의 비용을 지불하게 됩니다.</p>	<p><b>소매 약국</b>에서 받는 30일분 약품:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1단계 약품: <b>\$0</b></li> </ul> <p>이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 약품당 <b>0%</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2단계 약품: <b>\$0</b></li> </ul> <p>이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 약품당 <b>0%</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3단계 약품: <b>25%</b></li> </ul> <p>이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 약품당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$35</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4단계 약품: <b>25%</b></li> </ul> <p>이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 약품당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$35</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5단계 약품: <b>26%</b></li> </ul> <p>이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 약품당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$35</b>의 비용을 지불합니다.</p>

비용	2025년(올해)	2026년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
	<p>100일분을 <b>우편 주문 약국</b>에서 우선 비용 분담을 통해 구입하는 경우:</p> <p>적용되지 않음</p>	<p>100일분을 <b>우편 주문 약국</b>에서 우선 비용 분담을 통해 구입하는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1단계 약품: <b>\$0</b></li> </ul> <p>이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 3개월분 약품당 <b>0%</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2단계 약품: <b>\$0</b></li> </ul> <p>이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 3개월분 약품당 <b>0%</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3단계 약품: <b>25%</b></li> </ul> <p>이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 3개월분 약품당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$105</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4단계 약품: <b>25%</b></li> </ul> <p>이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 3개월분 약품당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$105</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5단계 약품: 해당 없음</li> </ul>



비용	2025년(올해)	2026년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
	<p>100일분을 <b>우편 주문 약국</b>에서 일반 비용 분담을 통해 구입하는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품: <b>25%</b></li> </ul> <p>처방전당 <b>25%</b>를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린 제품의 처방전에 대해서는 3개월분 약품당 <b>\$105</b>의 비용을 지불하게 됩니다.</p>	<p>100일분을 <b>우편 주문 약국</b>에서 일반 비용 분담을 통해 구입하는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1단계 약품: <b>\$30</b></li> </ul> <p>이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 3개월분 약품당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$30</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2단계 약품: <b>\$60</b></li> </ul> <p>이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 3개월분 약품당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$60</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3단계 약품: <b>25%</b></li> </ul> <p>이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 3개월분 약품당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$105</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4단계 약품: <b>25%</b></li> </ul> <p>이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 3개월분 약품당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$105</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5단계 약품: 해당 없음</li> </ul>
	<p>재난적 보장:</p> <p>이 지불 단계에서 귀하는 보장되는 모든 파트 D 약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다.</p>	<p>재난적 보장:</p> <p>이 지불 단계에서 귀하는 보장되는 모든 파트 D 약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다.</p>

**1절 내년도 혜택 및 비용 변경 사항**

**1.1절 월 플랜 보험료에 대한 변경 사항**

비용	2025년(올해)	2026년(내년도)
<b>월 플랜 보험료</b> (Apple Health(Medicaid)에서 가입자의 파트 B 보험료를 대신 지불하는 경우가 아니라면 가입자는 Medicare 파트 B 보험료 또한 계속 지불해야 합니다.)	\$0 또는 최대 \$26.20	\$0 처방약 비용에 대해 부가 지원을 받을 자격이 있는 경우, 플랜 보험료를 지불하지 않아도 되거나 금액이 줄어들 수 있습니다.
<b>파트 B 보험료 감면</b> 이 금액은 파트 B 보험료에서 공제됩니다. 즉, 파트 B에 대해 지불하는 금액이 줄어듭니다.	\$0	\$1

**1.2절 최대 본인부담 비용에 대한 변경 사항**

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

비용	2025년(올해)	2026년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
<b>최대 본인부담 비용</b> <b>가입자는 Apple Health(Medicaid)로부터 도움도 받지 때문에, 최대 본인부담 비용에 도달하는 경우는 극히 드뭅니다.</b>  가입자는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 최대 본인부담 비용에 도달할 때까지 본인부담비용을 지불할 책임이 없습니다.  보장된 의료 서비스에 대한 비용(예: 공동 부담금 및 공제금)은 최대 본인부담 비용에 <b>산입됩니다</b> . 귀하의 비용은 최대 본인부담 비용으로 <b>산입되지 않습니다</b> .	\$9,350	\$9,250  파트 A와 파트 B 보장 서비스에 대한 본인부담비용으로 <b>\$9,250</b> 를 지불한 후에는 역일 기준 해당 연도의 남은 기간 동안 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 어떠한 비용도 지불하지 않습니다.

### 1.3절                    **제공자 네트워크에 대한 변경 사항**

내년에 적용되는 당사 제공자 네트워크가 변경되었습니다. 2026년 *제공자 명부를 Humana.com/PlanDocuments*에서 검토하여 귀하의 제공자(일차의료 제공자, 전문의, 병원 등)가 당사 네트워크에 있는지 확인하십시오. 업데이트된 *제공자 명부*를 받는 방법은 다음과 같습니다.

- 당사 웹사이트 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)를 방문하십시오.
- 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711로 문의)로 문의하여 최신 제공자 정보를 받거나 *제공자 명부*를 이메일을 보내 달라고 요청하십시오.

당사의 플랜에 속한 병원, 의사, 전문의(의료 제공자)를 당사가 해당 연도 이내에 변경할 수 있습니다. 연중 제공자 변경 사항이 귀하에게 영향을 주는 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711로 문의)로 문의하십시오. 네트워크 제공자가 플랜에서 탈퇴할 때 귀하의 권리에 대한 자세한 내용은 *보장 범위 증명서 3장, 2.3절*을 참조하십시오.

### 1.4절                    **약국 네트워크에 대한 변경 사항**

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

내년에 적용되는 당사 약국 네트워크가 변경되었습니다. 당사의 네트워크에 어떤 약국들이 있는지 확인하려면 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)에서 2026년 *제공자 명부*를 검토하십시오. 업데이트된 *제공자 명부*를 받는 방법은 다음과 같습니다.

- 당사 웹사이트 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)를 방문하십시오.
- 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711로 문의)로 문의하여 최신 약국 정보를 받거나 *제공자 명부*를 이메일로 보내 달라고 요청하십시오.

당사의 플랜에 속한 약국을 당사가 해당 연도 이내에 변경할 수 있습니다. 연중 약국 변경 사항이 귀하에게 영향을 주는 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711로 문의)로 문의하십시오.

### 1.5절                    **의료 서비스의 혜택 및 비용 변경 사항**

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

2026년에 Rural Health Clinic, Federally Qualified Health Clinic 및 Critical Access Hospital에서 받은 서비스에 대해 주치의 또는 전문의 공동 부담금 또는 공동 보험비용의 적용을 받을 수 있습니다.

이 지출 보조금은 특정 건강 질환이 있는 가입자를 위한 특별 프로그램입니다. 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 조건을 충족할 것을 요구하며 다른 요건이 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 플랜의 보장 범위 증명서를 참조하십시오. 이 프로그램을 임대료 또는 공과금에 사용하는 경우, 주택도시개발부(HUD)의 지원을 받기 위해서는 이를 소득으로 신고해야 합니다. 궁금한 점이 있으면 지역 HUD 사무소에 문의하시기 바랍니다.

비용	2025년(올해)	2026년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
<p><b>만성질환 환자를 위한 특별 보충 혜택</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Humana Healthy Options Allowance™</li> </ul>	<p>2025년 Humana Healthy Options™ 혜택에 대해서는 아래의 가치 기반 보험 설계(VBID) 모델을 참조하십시오.</p>	<p><b>\$125</b>의 선불 지출 카드 월 보조금. 모든 플랜 가입자는 이 금액을 수령하여 참여 소매업체나 플랜의 승인된 OTC 메일 주문 공급업체를 통해 <b>Over-the-Counter(OTC)</b> 건강 및 웰니스 제품을 구매하실 수 있습니다. 또한 특정 만성질환이 있고 다른 프로그램 기준에 부합하는 경우 가입자는 적격 식료품, 공과금, 임대료 등에 이 돈을 사용할 수도 있습니다. 모든 사용하지 않은 금액은 월마다 이월되며 플랜 연도가 끝나거나 플랜에서 탈퇴하는 즉시 중 더 먼저 발생하는 때에 만료됩니다.</p>
<p><b>가치 기반 보험 설계(VBID) 모델</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Humana Healthy Options Allowance™</li> </ul>	<p>건강 지원에 필요한 필수품에 사용할 용도로 선불 카드에 지급되는 월간 보조금 <b>\$125</b>. 이 보조금은 참여 소매업체에서 승인된 제품(식료품, <b>over-the-counter</b> 의료 및 웰니스 품목, 개인 생활용품, 가정용품 등)을 구매하거나 승인된 서비스(임차료와 같은 월간 생활비, 택시, <b>Uber, Lyft</b> 등의 비의료 교통비)에 대해서 지불하는 데 사용할 수 있습니다. 이 보조금은 카드에 충전되어 있을 수 있는 다른 혜택 보조금과 함께 사용할 수 없습니다. 미사용 보조금은 다음 달로 이월되며 플랜 연도가 끝나면 소멸됩니다.</p>	<p>2026년 Humana Healthy Option™ 혜택에 대해서는 위의 만성질환 환자를 위한 특별 보충 혜택을 참조하십시오.</p>
<p><b>침술(정기)</b></p>	<p>보장되지 않음</p>	<p>연간 최대 25회의 침술 진료에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b></p>

비용	2025년(올해)	2026년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
<p><b>치과 서비스</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>치과 보충 혜택:</li> </ul>	<p><b>DEN346</b></p> <p>3년마다 분기당 최대 1회의 스케일링 및 치근활택술(딥 클리닝)에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>3년마다 최대 1회의 종합 구강 검사 또는 치주 검사, 교합 조정, 중등도 염증 시 스케일링에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>5년마다 최대 1회의 가공의치 재부착, 브릿지 폰틱, 전체 의치, 크라운 재부착, 파노라마 필름 또는 진단 엑스레이, 부분 의치에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>5년마다 최대 2회의 가공의치-크라운에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>평생 치아당 최대 1회의 크라운, 기타 수복 서비스 - 코어 축성 및 기성 포스트 및 코어, 근관, 근관 재치료에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>연간 교익 엑스레이, 구강 내 엑스레이 최대 1세트에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>연간 최대 1회의 의치 조정, 의치 개상, 의치 이장, 의치 보수, 응급 진단 검사, 조직 양화에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>연간 최대 2회의 통증, 구강 수술, 정기 구강검진, 예방 진료(치석 제거)에 대한 응급 상황 치료에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>연간 최대 4회의 치주 관리에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>연간 최대 무제한의 아말감 및/또는 콤포짓트 충전 치료, 보장 서비스에 필요한 마취, 단순 발치 또는 외과적 발치에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>모든 진단/예방 및 종합 혜택에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 <b>\$3,000</b>.</p>	<p><b>DEN346</b></p> <p>3년마다 분기당 최대 1회의 스케일링 및 치근활택술(딥 클리닝)에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>3년마다 최대 1회의 종합 구강 검사 또는 치주 검사, 교합 조정, 중등도 염증 시 스케일링에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>5년마다 최대 1회의 가공의치 재부착, 브릿지 폰틱, 전체 의치, 크라운 재부착, 파노라마 필름 또는 진단 엑스레이, 부분 의치에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>5년마다 최대 2회의 가공의치-크라운에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>평생 치아당 최대 1회의 크라운, 기타 수복 서비스 - 코어 축성 및 기성 포스트 및 코어, 근관, 근관 재치료에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>연간 교익 엑스레이, 구강 내 엑스레이 최대 1세트에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>연간 최대 1회의 의치 조정, 의치 개상, 의치 이장, 의치 보수, 응급 진단 검사, 조직 양화에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>연간 최대 2회의 통증, 구강 수술, 정기 구강검진, 예방 진료(치석 제거)에 대한 응급 상황 치료에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>연간 최대 4회의 치주 관리에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>필요한 마취와 연간 보장되는 코드에 필요한 경우의 보장 서비스 제공에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>연간 무제한 아말감 및/또는 콤포짓트 충전 치료, 단순 또는 외과적 발치에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p>

비용	2025년(올해)	2026년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
		모든 진단/예방 및 종합 혜택에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 <b>\$3,000.</b>
<b>청력 서비스</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>보충 청력 혜택:</li> </ul>	<b>HER044</b> 연간 최대 1회의 피팅/평가, 정기 청력 검사에 대한 공동 부담금 <b>\$0.</b> 연간 최대 2회의 OTC 보청기, 처방전 보청기(모든 종류) 모두에 대한 최대 혜택 보장액 <b>\$2,500.</b>	<b>HER945</b> 연간 최대 1회의 정기 청력 검사에 대한 공동 부담금 <b>\$0.</b> 연간 후속 서비스를 위한 제공자 무제한 방문에 대한 공동 부담금 <b>\$0.</b> 3년마다 귀 한쪽당 최대 1개의 고급 등급 보청기에 대한 공동 부담금 <b>\$0.</b> 참고: 보청기당 80개의 배터리 및 보증기간 3년이 포함됩니다. <b>TruHearing</b> 보청기 구매 후 첫 1년 동안 후속 서비스를 위한 무제한 제공자 방문.
<b>HMO 여행 혜택</b>	보장되지 않음	가입자는 다른 주로 여행을 갈 시 참여 HMO National Network 제공자로부터 서비스를 받을 경우 네트워크 내 혜택을 받을 수 있습니다.
<b>교통편</b>	플랜에서 승인한 장소로 연간 최대 24회 편도 교통편 이용 시 공동 부담금 <b>\$0.</b> 이 혜택은 편도 교통편 1회당 이동거리가 50마일을 초과하지 않는 경우에 적용됩니다.	플랜에서 승인한 장소로 연간 최대 24회 편도 교통편 이용 시 공동 부담금 <b>\$0.</b> 이 혜택은 편도 교통편 1회당 이동거리가 75마일을 초과하지 않는 경우에 적용됩니다.
<b>균일한 유연성 비응급 의료 수송</b>	보장되지 않음	만성 신장 질환(CKD), 말기 신질환(ESRD) 또는 암 진단을 받은 가입자의 경우, 플랜에서 승인한 장소로 연간 최대 무제한 편도 교통편 이용 시 공동 부담금 <b>\$0.</b> 이 혜택은 편도 교통편 1회당 이동거리가 75마일을 초과하지 않는 경우에 적용됩니다.

비용	2025년(올해)	2026년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
<b>안과 진료</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>정기 시력 서비스</li> </ul>	<b>VIS736</b> 연간 최대 1회의 정기 검사에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b> . 콘택트 렌즈나 안경 렌즈 및 안경테, 안경 렌즈 및 안경테 피팅에 대한 연간 최대 통합 혜택 보장 금액 <b>\$50</b> . 또는 PLUS 제공자를 통한 콘택트 렌즈나 안경 렌즈 및 안경테, 안경 렌즈 및 안경테 피팅에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 <b>\$100</b> . 안경 렌즈 옵션은 연간 최대 1쌍까지 최대 혜택 보장 금액을 지원받을 수 있습니다. 최대 혜택 보장 금액은 연간 1회 이용으로 제한됩니다. 공동 부담금 <b>\$0</b> .	<b>VIS693</b> 연간 최대 1회의 정기 검사에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b> . 콘택트 렌즈나 안경 렌즈 및 안경테, 안경 렌즈 및 안경테 피팅에 대한 연간 최대 통합 혜택 보장 금액 <b>\$100</b> . 또는 PLUS 제공자를 통한 콘택트 렌즈나 안경 렌즈 및 안경테, 안경 렌즈 및 안경테 피팅에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 <b>\$200</b> . 안경 렌즈 옵션은 연간 최대 1쌍까지 최대 혜택 보장 금액을 지원받을 수 있습니다. 최대 혜택 보장 금액은 연간 1회 이용으로 제한됩니다. 상기 나열된 <b>VIS693</b> 보조금의 일부로 포함됩니다.
<ul style="list-style-type: none"> <li>의학적 필요성이 있는 콘택트 렌즈</li> </ul>	공동 부담금 <b>\$0</b> .	상기 나열된 <b>VIS693</b> 보조금의 일부로 포함됩니다.

**1.6절                      파트 D 약품 보장에 대한 변경 사항**

**약품 안내서에 대한 변경 사항**

보장 약품 목록은 처방집 또는 약품 안내서라고 합니다. 당사의 약품 안내서는 전자 문서로 제공됩니다. 이 약품 안내서에는 당사가 내년도에 보장하는 약품 중에서 상당수가 안내되어 있으나 모든 약품이 안내되지는 않습니다. 따라서 가입자가 이용하는 약이 목록에 없다 하더라도 보장되는 약일 수 있습니다. 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711로 문의)로 문의하거나 당사 웹사이트([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))를 방문하여 **전체 약품 안내서를 받을 수 있습니다.**

당사 약품 안내서에 대한 변경 사항에는 보장 의약품 추가/제거, 특정 약품에 대한 보장 적용 제한 사항의 변경 또는 다른 비용 부담 계층으로의 이동이 포함됩니다. **약품 안내서를 검토하여 가입자가 이용하는 약품이 내년에 보장되는지 그리고 적용되는 제한 사항이 있는지 또는 가입자가 이용하는 약품이 다른 비용 부담 계층으로 이동되었는지 확인하십시오.**

약품 안내서 내 대부분의 변경 사항은 매년 초부터 적용됩니다. 그러나 당사는 역일 기준 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 주는 Medicare 규칙에 의해 허용되는 다른 변경 사항을 적용할 수 있습니다. 당사는 최신 의약품 목록을 제공하기 위해 당사의 온라인 약품 안내서를 최소한 월 단위로 업데이트합니다. 귀하가 현재 복용 중인 약품의 이용에 영향을 미치는 변경 사항을 적용하고자 할 경우, 당사는 귀하에게 해당 변경 사항에 대한 통지를 보내드릴 것입니다.

연초 또는 연중에 약 보장에 대한 변경의 영향을 받는 경우, **보장 범위 증명서의 9장**을 읽어보고 담당 처방자에게 임시 공급분을 요청하거나, 예외를 신청하거나, 신약을 찾아보는 등 어떤 옵션을 이용할 수 있는지 문의하십시오. 자세한 내용은 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711로 문의)로 문의하십시오.

## 1.7절 처방약 혜택 및 비용에 대한 변경 사항

### 약품 보장 비용 지불을 위한 추가 지원을 받으십니까?

귀하가 약품 비용을 지원해 주는 프로그램(추가 지원)에 가입되어 있는 경우, **파트 D 약품 비용에 대한 내용은 귀하에게 적용되지 않습니다.** 당사에서 **처방약에 대한 추가 지원을 받는 사람을 위한 보장 범위 증명서 부칙**이라는 귀하의 약품 비용에 관한 별도의 자료를 귀하께 보내드렸습니다. 추가 지원을 받는 와중에 9월 30일까지 이 자료를 받지 못하는 경우, 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711로 문의)로 문의하여 LIS 부칙을 요청하십시오.

### 약품 지불 단계

**3가지 약품 지불 단계**인 연간 공제금 단계, 초기 보장 혜택 단계 및 재난적 보장 단계가 적용됩니다. 보장 공백 단계 및 보장 공백 할인 프로그램은 더 이상 파트 D 혜택에 존재하지 않습니다.

- **1단계: 연간 공제금**  
가입자는 역일 기준 매년 이 결제 단계에서 시작합니다. 이 단계에서는 연간 공제금에 도달할 때까지 파트 D 약품 비용 전액을 지불합니다.
- **2단계: 초기 보장**  
연간 공제금을 지불하면 초기 보장 혜택 단계로 이동합니다. 이 단계의 경우, 당사 플랜에서 귀하의 약품 비용에 대한 해당 분담금을 지불하고 귀하는 이 비용에 대한 귀하의 부담금을 지불합니다. 귀하는 해당 연도 초부터 현재까지 본인부담비용이 본인부담한계인 **\$2,100**에 도달할 때까지 일반적으로 이 단계를 유지합니다.
- **3단계: 재난적 보장**  
이는 세 번째이자 최종인 약품 지불 단계입니다. 이 단계의 경우 귀하는 보장되는 모든 파트 D 약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 일반적으로 귀하는 역일 기준 해당 연도의 나머지 기간 동안 이 단계를 유지합니다.

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



표에는 이 단계 동안의 처방전당 비용이 기재되어 있습니다.

**1단계의 약품 비용: 연간 공제금**

단계	2025년(올해)	2026년(내년도)
<b>연간 공제금</b>	<p>부가 지원을 받는 경우 귀하의 공제금은 <b>\$0</b>입니다.</p> <p>이 단계에서는 플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품에 대해 <b>\$0</b>를 지불합니다.</p> <p>부가 지원을 받지 <b>않는</b> 경우 공제금은 <b>\$590</b>입니다.</p>	<p>부가 지원을 받는 경우 귀하의 공제금은 <b>\$0</b>입니다. 비용 분담금은 LIS 부칙 첨부 문서를 참조하십시오.</p> <p>부가 지원을 받지 <b>않는</b> 경우 공제금은 <b>\$550</b>입니다.</p> <p>이 단계에서는 1단계 약품의 경우 <b>\$0</b>의 비용 분담을 하고, 2단계 약품의 경우 <b>\$0</b>, 3단계, 4단계, 5단계 약품에 대해서는 연간 공제금에 도달할 때까지 약품 비용 전액을 지불합니다.</p>

**2단계의 약품 비용: 초기 보장**

1단계 - 우선 복제약에 해당하는 약품의 경우, 초기 보장 혜택 단계에서의 비용 분담금이 공동 보험비용에서 공동 부담금으로 변경됩니다. 2025년 대비 2026년에 변경되는 사항은 다음 표를 참조하십시오.

2단계 - 복제약에 해당하는 약품의 경우, 초기 보장 혜택 단계에서의 비용 분담금이 공동 보험비용에서 공동 부담금으로 변경됩니다. 2025년 대비 2026년에 변경되는 사항은 다음 표를 참조하십시오.

약품 안내서 상의 일부 약 단계가 변경되었습니다. 귀하의 약품이 다른 단계에 해당하는지 확인하려면 약품 안내서를 참조하십시오.

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

표에는 표준 일반 비용 분담을 통해 네트워크 약국에서 조제한 1개월분에 대한 처방전당 비용이 기재되어 있습니다.

대부분의 성인 파트 D 백신은 보장되며 이에 따라 별도의 비용이 발생하지 않습니다. 백신 비용 또는 장기 공급분이나 우편 주문 처방약 비용에 대한 자세한 정보는 **보장 범위 증명서의 6장**을 참조하십시오.

보장되는 파트 D 약품에 대해 본인부담비용으로 **\$2,100**를 지불하면 다음 단계(재난적 보장 단계)로 이동합니다.

	2025년(올해)	2026년(내년도)
<b>1단계: 우선 복제약:</b>	<p><b>플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품:</b></p> <p>처방전당 <b>25%</b>를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린 제품의 처방전에 대해서는 1개월분 약품당 <b>\$35</b>의 비용을 지불하게 됩니다.</p>	<p>소매 약국에서 1개월분에 대해 <b>\$0</b>를 지불합니다.</p> <p>이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 소매 약국 약품당 <b>0%</b>의 비용을 지불합니다. 1개월분 우편 주문 처방전에 대한 비용은 <b>\$10</b>입니다. 이 단계의 우편 주문 처방전에 대한 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 약품당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$10</b>의 비용을 지불합니다.</p>

2025년(올해)		2026년(내년도)
<b>2단계: 복제약:</b>	<b>플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품:</b> 처방전당 <b>25%</b> 를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린 제품의 처방전에 대해서는 1개월분 약품당 <b>\$35</b> 의 비용을 지불하게 됩니다.	소매 약국에서 1개월분에 대해 <b>\$0</b> 를 지불합니다. 이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 소매 약국 약품당 <b>0%</b> 의 비용을 지불합니다. 1개월분 우편 주문 처방전에 대한 비용은 <b>\$20</b> 입니다. 이 단계의 우편 주문 처방전에 대한 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 약품당 <b>25%</b> , 최대 <b>\$20</b> 의 비용을 지불합니다.
<b>3단계: 우선 브랜드 약:</b>	<b>플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품:</b> 처방전당 <b>25%</b> 를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린 제품의 처방전에 대해서는 1개월분 약품당 <b>\$35</b> 의 비용을 지불하게 됩니다.	소매 약국에서 1개월분에 대해 <b>25%</b> 를 지불합니다. 이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 소매 약국 약품당 <b>25%</b> , 최대 <b>\$35</b> 의 비용을 지불합니다. 1개월분 우편 주문 처방전에 대해 <b>25%</b> 를 지불합니다. 이 단계의 우편 주문 처방전에 대한 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 약품당 <b>25%</b> , 최대 <b>\$35</b> 의 비용을 지불합니다.
<b>4단계: 비우선 약:</b>	<b>플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품:</b> 처방전당 <b>25%</b> 를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린 제품의 처방전에 대해서는 1개월분 약품당 <b>\$35</b> 의 비용을 지불하게 됩니다.	소매 약국에서 1개월당 총 비용의 <b>25%</b> 를 지불합니다. 이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 소매 약국 약품당 <b>25%</b> , 최대 <b>\$35</b> 의 비용을 지불합니다. 1개월분 우편 주문 처방전에 대해 <b>25%</b> 를 지불합니다. 이 단계의 우편 주문 처방전에 대한 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 약품당 <b>25%</b> , 최대 <b>\$35</b> 의 비용을 지불합니다.
<b>5단계: 특수 계층 약품:</b>	<b>플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품:</b> 처방전당 <b>25%</b> 를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린 제품의 처방전에 대해서는 1개월분 약품당 <b>\$35</b> 의 비용을 지불하게 됩니다.	소매 약국에서 1개월당 총 비용의 <b>26%</b> 를 지불합니다. 이 단계의 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 소매 약국 약품당 <b>25%</b> , 최대 <b>\$35</b> 의 비용을 지불합니다. 1개월분 우편 주문 처방전에 대해 <b>26%</b> 를 지불합니다. 이 단계의 우편 주문 처방전에 대한 각 보장 인슐린 제품은 1개월분 약품당 <b>25%</b> , 최대 <b>\$35</b> 의 비용을 지불합니다.

**VBID 파트 D 혜택의 변경 사항**

\$0 Rx 공동 부담금 혜택의 일부로서 제공되는 모든 Medicare 파트 D 약품에 대한 비용 부담금 제거는 더 이상 적용되지 **않습니다**.

## 재난적 보장 단계에 대한 변경 사항

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

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

## 2절 관리 변경 사항

설명	2025년(올해)	2026년(내년도)
의뢰서 요건 추가적인 내용은 <i>보장 범위 증명서</i> 를 참조하십시오.	특정 서비스의 경우 담당 의사의 의뢰서가 필요할 수 있습니다.	보장 서비스의 경우 담당 의사의 의뢰서는 필요하지 않습니다.
<b>Medicare 처방전 지불 플랜</b>	Medicare 처방전 지불 플랜은 올해 시작된 지불 옵션이며, 역일 기준 해당 연도(1월~12월)에 확대하여 당사 플랜의 보장 약품에 대한 본인부담비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있습니다. 가입자는 이 지불 옵션에 참여할 수 있습니다.	<b>Medicare 처방전 지불 플랜에 참여하고 동일한 파트 D 플랜을 유지하면 2026년 참여가 자동으로 갱신됩니다.</b>  <b>이 지불 옵션에 대한 자세한 내용은 당사에 800-457-4708(TTY 사용자는 711로 문의)로 문의하시거나 <a href="http://www.Medicare.gov">http://www.Medicare.gov</a>를 방문하십시오.</b>

## 3절 플랜 변경 방법

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP)을 유지하려면 아무 것도 하지 않아도 됩니다. 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않거나 Original Medicare로 변경하지 않는 한, 귀하는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167 (HMO D-SNP)에 자동으로 가입됩니다.

2026년 플랜을 변경하려는 경우 다음 단계를 따르십시오.

- **다른 Medicare 건강 플랜으로 변경하려면** 원하는 신규 플랜에 가입하십시오. 그러면 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP) 탈퇴가 자동으로 이루어집니다.
- **Medicare 약품이 보장되는 Original Medicare로 변경하려면** 새 Medicare 의약품 플랜에 가입하십시오. 그러면 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP) 탈퇴가 자동으로 이루어집니다.
- **의약품 플랜이 없는 Original Medicare로 변경하려면** 플랜 탈퇴 요청을 서면으로 보내주시거나 당사 웹사이트 [www.humana.com/member/member-rights/disenrollment-and-cancellation](http://www.humana.com/member/member-rights/disenrollment-and-cancellation)을 방문하여 온라인으로 탈퇴하시면 됩니다. 방법에 대한 자세한 내용은 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711)로 문의하십시오. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의하여 탈퇴를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다. Medicare 약품 플랜에 가입하지 않으면 파트 D 지연 가입 가산금을 지불할 수 있습니다(4절 참조).

- **Original Medicare 및 다른 Medicare 플랜 유형에 대한 자세한 내용은 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)를 방문하거나, Medicare & You 2026 핸드북을 참고하거나, 귀하의 주 건강보험 지원 프로그램(5절 참조) 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오.**

### 3.1절 플랜 변경 기한

Medicare에 가입하신 분들은 매년 **10월 15일~12월 7일**에 보장을 변경할 수 있습니다.

2026년 1월 1일부터 적용되는 Medicare Advantage 플랜에 가입했으나 선택한 플랜을 더 이상 원치 않는 경우, 2026년 1월 1일~2026년 3월 31일 사이에 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 약품 보장 가입 또는 비가입 가능) 또는 Original Medicare(별도 Medicare 약품 보장 가입 또는 비가입 가능)로 전환할 수 있습니다.

### 3.2절 연중 다른 변경 시기가 있습니까?

특정 상황에서는 해당 연도 중에 다른 보장 변경 기회가 있을 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같은 분들이 있습니다.

- Medicaid에 가입함
- 약품 비용 지불에 대해 부가 지원을 받음
- 고용주의 보장에 가입되어 있거나 탈퇴 진행 중
- 당사 플랜의 서비스 지역에서 벗어남

귀하는 Apple Health(Medicaid)에 가입되어 있으므로, 연중 언제든지 다음 Medicare 옵션 중 하나를 선택하여 당사 플랜의 멤버십을 종료하실 수 있습니다.

- 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함한 Original Medicare.
- 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함하지 않는 Original Medicare(이 옵션을 선택하면 귀하가 자동 가입을 거부하지 않는 한 Medicare의 약품 플랜에 가입 처리됨) 또는
- 자격이 있는 경우, 귀하의 Medicare와 Medicaid 혜택 및 서비스의 전체 또는 일부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

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

## 4절 처방약 비용 지불 관련 문의하기

가입자는 지불해야 하는 처방약 비용에 대한 지원을 받으실 수 있습니다. 다음과 같은 다양한 유형의 도움을 받으실 수 있습니다.

- **Medicare에서 제공하는 부가 지원.** 수입이 제한된 분들은 처방약 비용을 지불하기 위한 부가 지원을 받을 수 있습니다. 귀하가 적절한 경우, Medicare는 월별 약품 플랜 보험료, 연간 공제금 및 공동 보험비용을 포함하여 귀하의 약품 비용을 최대 75% 이상 지불할 수 있습니다. 또한 자격을 갖춘 분들은 지연 가입 가산금을 지불하지 않습니다. 자격 여부를 확인하려면 다음 번호로 연락해 주십시오.
  - 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048로 하루 24시간, 연중무휴 문의하실 수 있습니다.

- 사회 보장(1-800-772-1213)에 월요일~금요일 오전 8시~오후 7시 사이에 연락해 주십시오. 자동 메시지는 하루 24시간 이용 가능합니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 연락해 주십시오.
- 해당 주 Medicaid 사무실로 연락하셔야 합니다.
- **HIV/AIDS 환자를 위한 처방약 비용 분담금 지원.** AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)은 ADAP를 받을 자격을 갖춘 HIV/AIDS 감염자가 생명 연장에 필요한 HIV 의약품을 공급받을 수 있도록 지원합니다. 해당 주에서 운영하는 ADAP 이용 자격을 얻으려면, 주 거주 여부, HIV 상태, 주에서 규정한 저소득층 구분, 무보험/부족한 보험 상태에 대한 증명서를 포함하여 특정 조건을 충족해야 합니다. ADAP에서도 혜택을 제공하는 Medicare 파트 D 약품은 ADAP 프로그램을 통해 처방약 비용 분담 관련 도움을 받을 수 있습니다. 자격 기준, 보장 약품, 프로그램 등록 방법, 가입된 경우 도움을 계속 받는 방법에 대한 자세한 내용은 ADAP 프로그램(이 문서 뒤표지의 "자료 A"에 기관명과 전화번호가 있음)에 문의하십시오. 반드시 전화를 걸어 귀하의 Medicare 파트 D 플랜 이름 또는 증권 번호를 알려주십시오.
- **Medicare 처방전 지불 플랜.** Medicare 처방전 지불 플랜은 가입자의 현재 약품 보장에 적용되는 지불 옵션이며, 역일 기준 해당 연도(1월~12월)에 확대하여 당사 플랜의 보장 약품에 대한 본인부담비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있습니다. 약품 보장이 포함된 Medicare 약품 플랜 또는 Medicare 건강 플랜(약품 보장이 포함된 Medicare Advantage 플랜 등)에 가입된 모든 사용자는 이 결제 옵션을 이용할 수 있습니다. **이 지불 옵션은 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있지만 비용을 절감하거나 약품 비용을 절감하지는 않습니다.**

지원을 받을 수 있는 경우 Medicare의 부가 지원과 ADAP의 도움은 Medicare 처방전 지불 플랜에 참여하는 것보다 더 유리합니다. 모든 가입자는 소득 수준에 관계없이 Medicare 처방전 지불 플랜에 참여할 수 있습니다. 이 지불 옵션에 대한 자세한 내용은 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711로 문의)로 문의하시거나 Medicare.gov를 방문하십시오.

## 5절 질문이 있으신가요?

### Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP)에 문의하기

#### 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711)로 문의하십시오.

전화 상담 운영 시간은 10월 1일~3월 31일 사이에는 주 7일 오전 8시~오후 8시, 4월 1일~9월 30일 사이에는 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시입니다. 통화료는 무료입니다.

#### 2026년 보장 범위 증명서를 참조하십시오.

본 연례 변경 사항 고지문은 2026년 가입자의 혜택 및 비용에 대한 변경 사항을 요약한 것입니다. 자세한 내용은 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP) 2026년 보장 범위 증명서를 참조하십시오. 보장 범위 증명서는 당사의 플랜 혜택에 대한 상세한 설명을 담은 법적 문서입니다. 보장 서비스와 처방약을 받기 위해 가입자가 따라야 하는 규칙과 가입자의 권리에 대해 설명합니다. 당사 웹사이트 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)에서 보장 범위 증명서를 받으시거나 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711)로 문의하여 사본을 우편으로 보내달라고 요청하십시오.

#### Humana.com/PlanDocuments를 방문하십시오.

당사 웹사이트에 당사 제공자 네트워크(제공자 명부) 및 당사 보장 약품 목록(처방집/약품 안내서)에 대한 최신 정보가 안내되어 있습니다.

## Medicare 관련 무료 상담 받기

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

무료 개인 맞춤형 건강 보험 상담이 필요한 경우 거주하시는 주의 SHIP에 문의하십시오. 상담원은 선택하신 Medicare 및 Medicaid 플랜에 대한 이해를 도와드리고 플랜 변경에 관한 질문에 답해드릴 수 있습니다. 거주하시는 주의 SHIP 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인할 수 있습니다.

## Medicare에 문의하기

- **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의**

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

- **[www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)에서 실시간으로 채팅**

[www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone)에서 실시간으로 채팅하시면 됩니다.

- **Medicare에 서신 발송**

Medicare에 서신을 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 주소로 보내시면 됩니다.

- **[www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) 방문**

이 공식 웹사이트에서 비용과 보장 범위, 품질 등급 등 Medicare 건강 플랜을 비교하는 데 도움이 되는 다양한 정보를 확인할 수 있습니다.

- **Medicare & You 2026 읽어보기**

Medicare & You 2026 핸드북은 가을마다 Medicare에 가입된 분들께 우편으로 발송됩니다. Medicare의 혜택과 권리 및 보호에 대한 요약 정보와 Medicare 대한 가장 자주 묻는 질문에 대한 답변이 수록되어 있습니다.

[www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)에서 사본을 받거나, 연중무휴, 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 연락하여 사본을 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오.

## Medicaid에 문의하기

Medicaid 가입 또는 혜택 관련 질문에 대한 도움을 받으려면 이 문서 뒷면의 "자료 A"에 나열된 번호로 Apple Health(Medicaid)에 문의하십시오.

## 자료 A - 주 기관 연락처 정보

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

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

# Insurance ACE

## 개인정보보호 방침 고지

이 통지는 가입자에 관한 의료정보가 어떻게 사용되고 공개되는지 그리고 이러한 정보를 가입자가 어떻게 열람할 수 있는지를 설명합니다. 신중하게 검토해 주시기 바랍니다.

가입자의 개인정보 및 건강정보 보호는 중요한 사안입니다. 요구사항이나 진정이 있는 경우를 제외하고는 가입자는 어떠한 조치도 취하실 필요가 없습니다.

이 개인정보보호 방침 고지는 HIPAA 하의 계열 보장 주체인 Insurance ACE의 일부인 모든 주체에 적용됩니다. ACE는 법적인 별도 보장 주체 그룹으로, HIPAA의 목적을 위해 스스로를 단일 보장 주체로 지정합니다. ACE 가입자 전체 목록은 <https://huma.na/insuranceace>에서 확인할 수 있습니다.

당사는 법이 허용하는 한에서 개인정보보호 정책 및 이 통지의 조항을 언제든지 수정할 수 있으며, 여기에는 수정 전에 당사가 작성했거나 받은 정보도 포함됩니다. 당사의 개인정보보호 정책에 중요한 변경 사항이 있는 경우, 이 통지를 수정하여 당사의 건강 플랜 가입자에게 통지해 드립니다.

### 비공개 개인 정보 또는 건강 정보란 무엇입니까?

비공개 개인 정보 또는 건강 정보에는 이름, 주소, 전화번호, 사회 보장 번호, 계정 번호, 지불 정보 또는 인구통계학 정보 등의 의료 정보 및 개인 정보 모두가 포함됩니다. 이 통지에서 "정보"라는 용어에는 모든 비공개 개인 정보 및 건강 정보가 포함됩니다. 여기에는 의료 제공자나 건강 플랜이 생성하거나 받은 정보가 포함됩니다. 이 정보는 가입자의 신체적 또는 정신적 건강이나 질환, 가입자에 대한 의료 제공 또는 그러한 의료에 대한 비용 지불과 관련이 있습니다.

### 가입자에 대한 정보를 어떻게 수집합니까?

당사는 가입자가 신청 및 양식을 작성할 시 가입자와 가입자의 가족에게 대한 정보를 수집합니다. 또한 당사는 당사, 당사의 계열사 또는 타사와 가입자의 거래를 통해 정보를 수집합니다. 예를 들어, 당사는 의사 또는 병원과 같은 의료 시스템 참여자뿐만 아니라 고용주 또는 플랜 관리자, 신용 조사 기관 및 의료 정보 기관으로부터 가입자에 대한 정보를 수신할 수 있습니다.

### 가입자에 대해 어떤 정보를 수신합니까?

당사가 수신하는 정보에는 이름, 주소, 전화번호, 생년월일, 사회 보장 번호, 보험료 지불 이력 및 당사 웹사이트상 가입자의 활동이 포함될 수 있습니다. 여기에는 의학적 혜택 플랜, 건강상의 혜택 및 건강 위험 평가에 관한 정보도 포함됩니다.

### 가입자의 정보를 어떻게 보호합니까?

당사는 전자 및 구두 정보를 비롯한 모든 형식의 가입자 개인정보를 보호해야 할 의무가 있습니다. 다음을 포함한 다양한 방법으로 가입자의 정보를 보호하기 위한 행정적, 기술적 및 물리적 보호 조치를 이행합니다.

- 가입자 정보를 열람할 수 있는 사람의 제한
- 가입자 정보의 이용 및 공개 방법 제한
- 당사의 가입자 정보 관련 법적 의무를 가입자에게 알림
- 직원 대상으로 개인정보보호 프로그램 및 절차 관련 교육 실시

### 가입자 정보를 어떻게 이용하고 공개합니까?

당사는 가입자 정보를 이용하고 다음 사람에게 공개합니다.

- 가입자 또는 가입자를 대리할 수 있는 법적 권리가 있는 사람
- 미국 보건복지부 장관

당사에는 다음의 목적으로 가입자 정보를 이용하고 다음의 사람 및 기관에 정보를 공개할 수 있는 권리가 있습니다.

- 가입자가 의료 서비스를 받을 수 있도록 의사, 병원 또는 다른 의료 제공자.



- 의료 제공자가 가입자에게 제공하는 보장 서비스에 대한 청구 지불을 비롯한 지불 활동 및 건강 플랜 보험료 지불.
- 가입 처리, 문의 응답, 진료 조율, 질 향상, 보험료 결정 등의 활동을 포함하는 의료 운영 활동.
- 보험 인수 활동 수행. 단, 유전자 검사 결과를 이용하거나 가족력 관련 질문은 하지 않습니다.
- 자격, 가입 및 탈퇴 업무와 같은 플랜 관리 업무를 수행하는 가입자의 플랜 후원사. 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 가입자의 허가를 요청하거나, 가입자의 플랜 후원사는 가입자의 개인정보보호 유지를 보증해야 합니다.
- 가입자에게 이익이 될 수 있는 건강 관련 혜택 및 서비스, 진료 예약 미리 알림 또는 치료 대안에 대한 정보를 제공하기 위해 가입자에게 연락합니다. 해당하는 경우 가입자에게 연락하지 않습니다.
- 응급 상황과 같이 가입자에게 연락을 할 수 없는 경우 가입자 가족 및 친구.
- 가입자의 가족 및 친구 또는 가입자가 확인할 수 있는 다른 모든 사람. 이 경우에는 가입자의 건강 진료 또는 해당 진료에 대한 지불과 이들이 직접적으로 관련이 있어야 합니다. 예를 들면 가족 구성원이나 돌보는 사람이 청구에 대해 사전에 알고 당사에 연락하는 경우, 당사는 청구 접수 및 지불 여부를 확인할 수 있습니다.
- Internal Revenue Service 입증을 위해 가입자에게 지급 정보를 제공하는 경우.
- 당사가 심각한 건강 또는 안전상의 위협이 있다고 판단하는 경우 공중보건기관에 정보 공개.
- 학대, 방치 또는 가정 폭력 관련 문제가 있는 경우 관계당국.
- 법정 또는 행정 명령, 소환, 공표 요구 또는 기타 법적 절차에 응하는 경우.
- 법 집행 목적을 위해, 군당국에, 그리고 기타 법률이 정하는 바에 따르는 경우.
- 재난 구조 활동 지원.
- 법규 준수 프로그램 및 보건 감독 활동 목적.
- 근로자 보상법 또는 계약에 따른 당사의 의무 이행 목적.
- 가입자의 건강이나 안전 또는 다른 이의 건강이나 안전에 대한 심각하고 긴급한 위협의 방지 목적.
- 제한된 상황 및 가입자의 개인정보보호를 위한 적절한 조치를 취한 상태에서의 연구 목적.
- 장기, 안구, 조직 등의 확보, 보관 또는 이식 목적.
- 검사관, 검찰의 또는 장의사.

특정 유형의 정보에 대한 사용 및 공개에 대한 추가 제한:

- 일부 연방 및 주 법률은 다음과 같은 특정 민감한 건강 정보의 사용 및 공개를 제한할 수 있습니다. 약물 사용 장애; 생체 정보; 성폭행을 포함한 아동 또는 성인 남용 또는 부주의; 전염성 질환; 유전 정보; HIV/AIDS; 정신 건강, 생식 건강; 및 성매개 질환.
- 생식 건강 정보: 당사는 합법적인 생식 의료를 추구, 획득, 제공 또는 촉진하는 행위에 대해 어떤 사람을 식별(또는 법적 책임을 부과하려는 시도)하기 위한 조사를 수행하기 위해 정보를 사용하거나 공개하지 않습니다. 생식 의료와 관련이 있을 수 있는 정보에 대한 정부 기관(또는 타인)의 요청에 응답하여, 요청을 하는 인원은 해당 요청의 목적이 생식 의료 정보 공개 금지 사항을 위반하지 않는다는 서명된 증명서를 제공해야 합니다.

### 가입자 정보를 이 통지에 설명되지 않은 목적으로 사용할 수 있습니까?

당사는 가입자의 서면 허가 없이 이 통지에 설명되지 않은 어떠한 이유로도 가입자 정보를 이용하거나 공개하지 않습니다. 가입자는 서면 통지를 통해 언제든지 허가를 취소할 수 있습니다.

다음과 같은 이용 및 공개 시 가입자의 서면 허가가 필요합니다.

- 심리치료 기록의 이용 및 공개 대부분
- 마케팅 목적
- 개인정보 및 건강정보의 판매

### 귀하가 더 이상 가입자가 아니라면 귀하의 정보를 어떻게 처리합니까?

가입자 정보는 이 통지에 설명된 목적으로 계속 사용할 수 있습니다. 여기에는 귀하가 당사를 통해 보장을 받지 못하는 때가 포함됩니다. 필수 법적 보유 기간이 지나면 엄격한 비밀 유지 절차에 따라 정보를 폐기합니다.

## 내 정보와 관련한 나의 권리는 무엇입니까?

당사는 고객의 권리 요청에 적시에 대응하고자 최선을 다합니다.

- 열람 - 가입자에 관한 결정을 내리기 위해 사용할 수 있는 가입자 정보의 사본을 검토하고 입수할 수 있는 권리가 있습니다. 또한 가입자는 이러한 건강정보의 요약본을 받을 수 있습니다. 관련 법률에 따라 요구되는 경우, 당사는 이 개인 정보를 가입자 또는 가입자의 지정 대리인에게 제공할 것입니다.
- 불리한 인수 결정 - 당사가 보험 신청을 거절하는 경우 귀하에게는 거부 사유를 알 권리가 있습니다.
- 대체 의사소통 - 생명을 위협하는 상황을 피하기 위해 다른 방식으로 또는 다른 장소에서 정보를 받을 수 있는 권리가 있습니다. 적절한 경우 당사는 가입자의 요청을 수용합니다.
- 수정 - 귀하는 수정 또는 삭제를 통해 이러한 개인 정보의 수정을 요청할 권리가 있습니다. 귀하의 서면 요청을 받은 날로부터 60일(영업일 기준) 이내에 논의 중인 정보의 수정 또는 삭제 또는 추가 조사 후 정정 거부 사실을 귀하에게 통보합니다.
- 당사가 논의 대상 정보의 수정 또는 삭제를 거부하는 경우, 귀하는 논의 대상 정보의 평가와 귀하가 올바른 정보로 간주하는 내용에 대해 귀하가 의견 불일치를 본 사유를 서면으로 당사에 제출할 권리가 있습니다. 당사는 이의 제기된 정보를 검토하는 모든 당사자가 이러한 진술에 접근할 수 있도록 해야 합니다.\*
- 공개 - 가입자는 당사 또는 당사의 비즈니스 담당자가 귀하의 정보를 공개한 사례 내역을 받을 권리가 있습니다. 이는 치료, 지불, 건강 플랜 운영 및 기타 특정 활동에는 적용되지 않습니다. 당사는 6년 동안 이 정보를 유지하고 가입자가 사용할 수 있도록 합니다. 가입자가 12개월 안에 두 번 이상 이 목록을 요청하는 경우, 합당한 비용 기준 수수료가 부과될 수 있습니다.
- 통지 - 가입자는 언제든지 이 통지의 사본을 요청하여 받을 권리가 있습니다.
- 제한 - 가입자는 자신의 정보의 이용 및 공개 방법을 제한하도록 요청할 권리가 있습니다. 당사는 이러한 제한에 동의해야 할 의무는 없지만, 동의하는 경우 계약을 준수할 것입니다. 또한 가입자는 사전에 제출된 제한 사항에 동의하거나 이를 종료할 권리도 보유하고 있습니다.

## 개인정보를 보호받지 못했다고 판단되는 경우 어떻게 해야 하나요?

본인의 개인정보가 침해되었다고 생각하는 경우, 언제든지 866-861-2762로 연락해 당사에 진정을 제기할 수 있습니다.

또한 진정을 U.S. Department of Health and Human Services 민권 담당국(OCR)에 서면으로 제출할 수도 있습니다. 요청하시면 해당 OCR 지방 사무소 주소를 알려 드리겠습니다. 또한 [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)로 진정을 전송할 수도 있습니다. 진정을 제기하기로 선택한 경우, 가입자의 혜택은 영향을 받지 않으며 당사는 어떠한 방식으로든 가입자를 응징하거나 가입자에게 보복을 가하지 않습니다.

당사는 개인정보 및 건강정보를 보호하기 위한 가입자의 권리를 지지합니다.

## 당사의 책임

- 법률에 따라 당사는 가입자의 보호된 건강 정보의 개인정보보호 및 보안을 유지해야 합니다.
- 당사는 가입자 정보에 대한 개인정보보호 또는 보안을 저해할 수 있는 위반이 발생할 경우 즉시 가입자에게 알릴 것입니다.
- 당사는 이 통지에 설명된 의무 및 개인정보보호 정책을 따르고 사본을 가입자에게 제공해야 합니다.
- 당사는 가입자가 서면으로 당사에 허용하지 않는 한, 여기에 설명된 것 외에 해당하는 가입자의 정보를 사용하거나 공유하지 않을 것입니다. 당사에 허용하는 경우, 언제든지 마음이 바뀔 수 있습니다. 마음이 바뀌면 서면으로 알려주십시오.

당사는 이 통지의 약관을 변경할 수 있으며 변경 사항은 당사가 가입자에 대해 보유하고 있는 모든 정보에 적용될 것입니다. 새로운 통지는 요청 시, 당사 사무실 및 당사 웹사이트에서 제공될 것입니다.

## 어떻게 내 권리를 행사하고 또 이 통지의 사본을 받을 수 있습니까?

가입자의 모든 개인정보보호 권리는 신청서를 받아 행사될 수 있습니다. 다음을 통해 모든 양식을 받으실 수 있습니다.

- 당사에 866-861-2762로 직접 문의합니다.

- 당사 웹사이트인 **Humana.com**을 방문하여 개인정보보호 정책 링크로 이동합니다.
- 신청서를 작성하여 아래 주소로 우편 발송합니다.

Humana Inc.  
Privacy Office 003/10911  
101 E. Main Street  
Louisville, KY 40202

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

## 차별 금지 고지

Humana Inc. 및 그 자회사는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 종교, 젠더, 성 정체성, 성별, 성 지향성, 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 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 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 주 가입자:

또한 **916-440-7370(TTY: 711)**으로 전화하거나 **Civilrights@dhcs.ca.gov**로 이메일을 보내거나 다음 주소로 우편을 보내 California 주 의료 서비스 부서, 민권 담당국에 민권 진정을 제기할 수도 있습니다. Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. 진정 양식은 **[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)**에서 확인할 수 있습니다.

# 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)**.

This notice is available at <https://www.humana.com/legal/multi-language-support>.

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 សេវាកម្មជំនួយប្រមូលផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់។ 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, ຊ່ວຍກວດກາຄຳສັບ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ພຣິ. ໂທ 877-320-1235 (TTY: 711).

Diné [Navajo]: Saad t'áa jiik'eh, t'áadoole'é binahji' bee adahodooníílgíí diné bich'i' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohji' hodíílnih 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).

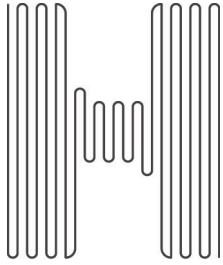
አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አገዥ ማዳሚጫ እና አማራጫ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ 877-320-1235 (TTY: 711) ላይ ይደውሉ።

Bàsɔ́r̀ [Bassa]: Wudu-xwíniín-mú-zà-zà kùà, Hwòdò-fàgá-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bĕ bé nyuεε se wídí pĕĕ-pĕĕ 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).

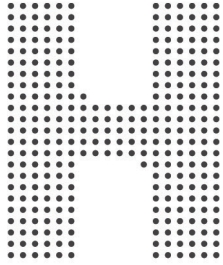
Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn ìṣẹ̀ àtìlẹ̀hìn ìrànlọ́wọ̀ èdè, àtì ònà kíkà mírán wà lárọ̀wọ̀tó. Pe 877-320-1235 (TTY: 711).

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



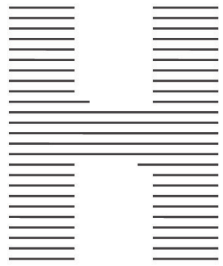
이러한 2026년 플랜 문서는 2025년 10월 15일부터 [www.Humana.com/PlanDocuments](http://www.Humana.com/PlanDocuments)에서 확인할 수 있습니다. 여기에서 플랜에 대한 최신 정보를 확인할 수 있습니다. 간단한 검색으로 원하는 정보를 빠르게 찾아보시기 바랍니다.

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

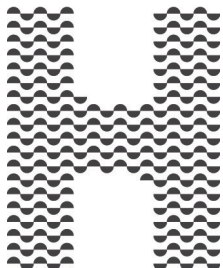
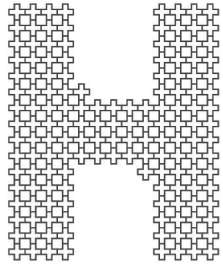


이러한 문서 사본을 우편으로 받으시려면 상기 웹사이트에서 온라인으로 신청하거나 자동 응답 시스템 전화 **800-457-4708 (TTY: 711)**로 24시간 연중무휴 연락하시기 바랍니다. 전화하시기 전에 Humana 가입자 ID 카드를 준비하십시오. 자동 응답 시스템이 전화한 이유를 물을 때, "Evidence of Coverage(보장 범위 증명서)", "Drug List(의약품 목록)" 및/또는 "Provider Directory(제공자 명부)"라고 말하십시오. 우편 발송은 최대 2주가 걸릴 수 있습니다.

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



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



H5619167000ANOCKO26

Medicare Advantage 및 처방약 플랜의 변경 사항에  
대한 중요한 정보



### 꼭 읽어보십시오

2026년 1월 1일 발효되는 가입자의 **Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP)**에 대한 요약 정보가 안내되어 있습니다.

# Humana®

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