2027

연간 변경 공지

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

WASHINGTON
WA 내 특정 카운티

Humana®

의료 혜택을 보호하세요:
사기, 낭비 및 남용을 신고하세요

의료 혜택은 보호될 때 가장 잘 작동합니다.
알아두어야 할 사항이 있습니다.

사기, 낭비, 남용은 의료 비용을 증가시킬 수 있습니다. 또한 귀하가 받는 의료 서비스에도 영향을 미칠 수 있습니다. Washington 주에서 Medicare 또는 Medicaid를 이용하고 계신다면, 모든 사람을 위해 제도를 공정하고 합리적으로 유지하는 데 도움을 주실 수 있습니다.



이 단어들은 무슨 뜻인가요?

- **사기:** 누군가가 의료 프로그램에서 돈이나 혜택을 받기 위해 의도적으로 거짓말을 하는 것.
- **낭비:** 의도적이지 않더라도 의료 서비스나 물품이 과도하게 사용되어 추가 비용이 발생하는 것.
- **남용:** 누군가가 지급받아서는 안 되는 항목이나 서비스에 대해 대금을 지급받는 것.



주의해야 할 일반적인 사례

- 의사나 의료 제공자가 귀하가 받지 않은 진료에 대해 청구합니다.
- 누군가가 귀하의 허락 없이 귀하의 가입자 ID 카드를(를) 사용합니다.
- 의료 제공자가 귀하가 받은 서비스보다 더 비싼 서비스에 대해 청구합니다.
- 누군가가 귀하의 회원 정보를 얻기 위해 선물이나 현금을 제공합니다.



자신을 보호하는 방법

- 급여 설명서(EOB)를 받을 때마다 확인하십시오.
- 회원 ID 번호, 사회보장번호, 또는 Medicare나 Medicaid 정보를 낯선 사람과 공유하지 마십시오.
- 누군가가 귀하가 요청하지 않은 무료 장비, 서비스, 또는 건강 검진을 제공하는 경우 주의하십시오.
- Humana는 귀하의 은행 계좌 또는 기타 금융 정보를 요청하는 전화를 절대 하지 않습니다. 의심스러운 전화를 받으시면, 즉시 귀하의 가입자 ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오.

의심되는 사기, 낭비 또는 남용을 신고하는 방법

무언가 이상해 보인다면, 신고하십시오. 익명으로 신고하실 수 있으며, 귀하의 신고 내용은 기밀로 유지됩니다.

Humana 회원의 경우, 특별 조사부(SIU)에 연락하세요:

- 전화: **800–614–4126**
- 이메일: **siureferrals@humana.com**
- 윤리 헬프 라인: **877–584–3539**
- 온라인: **Humana.com/legal/si-referral-form**
- 우편: Humana Special Investigation Unit, 1100 Employers Blvd., Green Bay, WI 54344

워싱턴주의 Medicare 사기의 경우:

- 1-800-MEDICARE (633-4227), TTY 사용자는 877-486-2048로 전화하십시오.

워싱턴주 Medicaid 사기의 경우:

- Washington 주 Medicaid 사기 통제 부서: 800-562-6900
- 감찰관실: 800-HHS-TIPS (447-8477)

Humana®



사기, 낭비 및 남용에 대한 자세한 정보는 **Humana.com/legal/fraud-waste-and-abuse**를 방문하십시오.

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167 (HMO D-SNP) 변경 사항 요약

다음은 2027년 귀하의 플랜 변경 사항 요약입니다. 자세한 내용은 **주요 비용 요약**, **의료 및 의무 보충 혜택 변경 사항을** 검토하시기 바랍니다.
섹션 1.5의 내용과 섹션 1.7의 **처방약 혜택 변경 사항을** 확인하십시오.

- 귀하의 **월 보험료는 $0으로 유지됩니다**.
- 귀하의 **의료 공제금은 $0으로 유지됩니다**.
- 귀하의 **OTC 및 건강 옵션(자격이 있는 경우)** 수당이 **$125에서 $175으로 월별** 증가합니다.
- **일반의 방문, 전문의 방문 및 입원은 $0으로 유지됩니다**.
- **정기 침술 방문이 연간 25회에서 6회로** 감소합니다.
- 귀하의 교통 혜택에는 여전히 **연간 편도 24회 이용이** 포함되어 있으나, 마일리지 한도가 **편도 75마일에서 100마일로 증가합니다**.
- 특정 건강 상태를 가진 회원을 위한 특별 교통 혜택도 **편도 75마일에서 100마일로 증가합니다**.
- 귀하의 **시력 보조금이 감소합니다**:
  - 일반 제공자에서 **$100**에서 $50으로 감소합니다.
  - PLUS 제공자에서 **$200**에서 $100으로 감소합니다.
- **귀하의 청력 혜택이 변경됩니다.** 보청기를 **3년마다가 아닌 매년 받으실 수 있습니다**. 단, **무제한 방문 대신 3회의 후속 방문이** 제공됩니다. 자세한 내용은 13페이지부터 시작하는 섹션 1.5 의료 서비스에 대한 혜택 및 비용 변경 사항에서 확인할 수 있습니다.
- **연간 치과 보장 최대 혜택이 $3,000에서 $1,750으로 감소합니다**. 회원들은 일부 서비스에 대한 빈도 제한에 일부 변경 사항을 경험하게 됩니다. 예를 들어, 구강 내 엑스레이의 경우 연간 1개의 시술 코드에서 연간 6개의 시술 코드로 변경됩니다. **빈도 제한 사항은 EOC에 자세히 설명되어 있습니다**. 자세한 내용은 13페이지부터 시작하는 섹션 1.5 의료 서비스에 대한 혜택 및 비용 변경 사항에서 확인할 수 있습니다.
- 적격 만성 건강 질환 진단을 받은 **회원은 추가 비용 없이 무제한 통화, 문자 및 데이터가 포함된 휴대폰을 받을 수 있습니다**.
- **원격 진료를 통해 제공되는 가상 심장 회복 프로그램으로, 회복을 지원하고 재입원 위험을 줄이기 위해 최대 36회의 보장 세션을 제공합니다.**
- **부가 지원 프로그램 (Extra Help)을 받으시는 경우, 귀하의 파트 D 처방약 공제금은 $0입니다. LIS 라이더에서 비용 분담 금액을 확인하십시오.**

귀하의
2027년 플랜 변경 사항을 함께 살펴보겠습니다

2026년 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167 (HMO D-SNP)를 위해 Humana를 믿고 선택해 주셔서 감사합니다. 내부에는 중요한 플랜 변경 사항을 보여주는 연간 변경 공지가 있습니다.

저희는 귀하가 혜택을 더 쉽게 이용하실 수 있도록 돕기 위해 여기 있습니다. 일부 혜택이 변경되고 있지만, 저희는 회원들의 의견에 귀 기울이고 가장 중요한 것을 보호하는 데 집중했습니다. 저희는 안정적인 보장, 개인 맞춤형 케어, 그리고 저희가 서비스를 제공하는 회원, 의료 제공자 및 지역사회의 신뢰에 최선을 다하고 있습니다.

믿을 수 있는 필수 혜택



치과, 시력 및 청력



처방 약 보장



$0 예방 검진*

2027년 플랜 변경 사항 자세히 보기

2027년 플랜의 변경 사항을 개인화된 대화형 방식으로 확인하세요. 저희는 귀하가 확신을 가지고 갱신하는 데 필요한 모든 세부 정보를 제공하고 있습니다.

플랜을 유지하기 위해 별도의 조치가 필요하지 않습니다.

옵션을 살펴볼 예정 날짜:

- **▶ 오늘**
  새로운 사항! Humana.com/Renewal에서 귀하의 2026년 및 2027년 플랜 세부 정보를 비교하십시오.
- **10월 15일**
  Medicare 공개 등록 시작
- **12월 7일**
  공개 등록 마지막 날
- **1월 1일**
  플랜 변경 사항 적용 시작

다음으로 할 수 있는 일

완전하고 개인화된 보기를 위해 **QR 코드를 스캔하여** MyHumana에 로그인하거나 가입하거나 방문하십시오

Humana.com/Renewal

현재 플랜을 유지하고 싶으시다면, 별도의 조치가 필요하지 않습니다. 귀하의 플랜은 2027년 1월 1일에 갱신됩니다.

*네트워크 내 제공자의 보장 서비스에 적용됩니다.

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167 (HMO D-SNP)는 Humana 계열사인 Arcadian Health Plan, Inc.가 제공합니다.

2027년 연간 변경 통지

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

본 자료는 내년에 있을 당사 플랜의 비용 및 혜택에 대한 변경 사항을 설명하고 있습니다.

- **10월 15일부터 12월 7일까지 내년도 Medicare 보장 내용을 변경하실 수 있습니다.** 2026년 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않으시면, Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP)에 계속 가입된 상태로 유지됩니다.
- **다른 플랜으로** 변경하려면, Medicare.gov를 방문하거나 *Medicare & You 2027* 안내서 뒷부분의 목록을 확인하세요.
- 이것은 변경 사항의 요약본임을 참고하시기 바랍니다. 보장 범위 증명서에서 비용, 혜택 및 규칙에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다. **Humana.com/PlanInformation**에서 사본을 받으시거나, 고객 지원 센터 800-457-4708(TTY 사용자는 711)으로 전화하시어 우편으로 사본을 받으실 수 있습니다.

추가 리소스

- 본 자료는 스페인어로 무료로 제공됩니다.
- 자세한 내용은 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711)로 전화하십시오. 운영 시간은 10월 1일 – 3월 31일에는 주 7일 오전 8시 – 오후 8시이며, 4월 1일 – 9월 30일에는 월요일 – 금요일 오전 8시 – 오후 8시입니다. 운영 시간 이후, 토요일, 일요일 및 공휴일에는 언제든지 음성 메시지를 남기실 수 있으며, 영업일 1일 이내에 회신해 드립니다. 통화료는 무료입니다.
- 이 정보는 점자, 대형 인쇄물, 오디오 등 다양한 형식으로 제공됩니다. 다른 형식의 플랜 정보가 필요하신 경우, 위 번호로 고객 지원에 연락해 주십시오.

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.
- 이 자료에서 "당사" 또는 "저희"라고 할 때는 Humana 계열사인 Arcadian Health Plan, Inc.를 의미합니다. "플랜" 또는 "당사 플랜"이라고 표기된 경우, 이는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167 (HMO D-SNP)을 의미합니다.
- **2026년 12월 7일까지 어떠한 조치도 취하지 않으면 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167 (HMO D-SNP)에 자동으로 가입됩니다.** 2027년 1월 1일부터 귀하는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167 (HMO D-SNP)을 통해 의료 및 약물 보장을 받게 됩니다. 플랜 변경 방법 및 변경 기한에 대한 자세한 내용은 섹션 2를 참조하십시오.

H5619_ANOC_MAPD_HMO_167000_2027_KO_M

OMB 승인 0938-1051 (만료일: 2029년 7월 31일)

목차

2027년 주요 비용 요약 7

섹션 1 내년 혜택 및 비용에 대한 변경 사항 11

섹션 1.1 월 플랜 보험료의 변경 사항 11

섹션 1.2 최대 본인부담금 금액에 대한 변경 사항 11

섹션 1.3 의료 제공자 네트워크에 대한 변경 사항 12

섹션 1.4 약국 네트워크에 대한 변경 사항 12

섹션 1.5 혜택 및 의료 서비스 비용에 대한 변경 사항 13

섹션 1.6 파트 D 처방약 보장에 대한 변경 사항 17

섹션 1.7 처방약 혜택 및 비용에 대한 변경 사항 18

섹션 2 플랜 변경 방법 22

섹션 2.1 플랜 변경 마감 기한 22

섹션 2.2 연중 다른 시기에 변경할 수 있는 경우가 있습니까? 23

섹션 3 처방 의약품 비용 지원 받기 23

섹션 4 문의 사항이 있으십니까? 24

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167 (HMO D-SNP)에서 도움 받기 24

Medicare 관련 무료 상담 받기 24

Medicare로부터 도움 받기 25

Medicaid로부터 도움 받기 25

자료 A - 주 기관 연락처 정보 26

귀하의 주에 있는 다양한 유용한 자료의 이름, 주소, 전화번호 및 기타 연락처 정보를 나열합니다.

2027년 주요 비용 요약

비용	2026년 (올해)	2027년 (내년)
	네트워크 내:	**네트워크 내:**
월 플랜 보험료	**$0**	**$0**
공제금	**$0**	**$0**
최대 본인부담금 이것은 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 귀하가 본인부담으로 지불하는 최대 금액입니다. (자세한 내용은 섹션 1.2를 참조하십시오.)	**$9,250** 가입자는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 최대 본인부담금에 산정되는 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다.	**$9,850** 가입자는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 최대 본인부담금에 산정되는 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다.
주치의 진료실 방문	방문당 공동 부담금 **$0**	방문당 공동 부담금 **$0**
전문의 진료 시설 방문	방문당 공동 부담금 **$0**	방문당 공동 부담금 **$0**
병원 입원 급성 치료, 재활 및 장기 치료와 같은 다양한 병원 입원이 포함됩니다. 입원 병원 체류는 의사의 지시에 따라 공식적으로 입원한 날에 시작되며 퇴원 전날에 종료됩니다.	입원당 공동 부담금 **$0**	입원당 공동 부담금 **$0**
파트 D 의약품 보장 (연간 공제금, 초기 보장 및 재난적 보장 단계를 포함한 자세한 내용은 섹션 1.7을 참조하십시오.) 일부 단계에는 인슐린이 포함되지 않을 수 있습니다. 인슐린 보장을 확인하려면 처방약 안내서를 참조하십시오.	파트 D 의약품 보장 공제금 부가 지원 프로그램 (Extra Help)을 받는 경우, 귀하의 공제금는 **$0입니다**. 비용 분담 금액은 *LIS* 부가 약관 삽입물을 참조하십시오. Extra Help를 **받지 않으시는** 경우, 공제금은 **$550입니다**. 1단계 및 2단계: **$0** 3, 4, 5단계 (보장 인슐린 제품 및 대부분의 성인 파트 D 백신 제외): **$550**	**파트 D 의약품 보장 공제금** 부가 지원 프로그램 (Extra Help)을 받는 경우, 귀하의 공제금는 **$0입니다**. 비용 분담 금액은 *LIS* 부가 약관 삽입물을 참조하십시오. Extra Help를 **받지 않으시는** 경우, 공제금은 **$700입니다**. 1, 2, 3단계: **$0** 4단계 및 5단계 (보장 인슐린 제품 및 대부분의 성인 파트 D 백신 제외): **$700**
	초기 보장 단계 중 공동 부담금/공동 보험:	**초기 보장 단계 중 공동 부담금/공동 보험:**

비용	2026년 (올해)	2027년 (내년)
	네트워크 내:	**네트워크 내:**
	소매 약국에서 30일분 처방의 경우: • 1단계 약: **$0** 귀하는 이 단계에 해당하는 보장 인슐린 제품 각각에 대해 월 공급분당 **$0**를 지불합니다. • 2단계 약: **$0** 귀하는 이 단계에 해당하는 보장 인슐린 제품 각각에 대해 월 공급분당 **$0**를 지불합니다. • 3단계 약: **25%** 귀하는 이 단계의 각 보장 인슐린 제품의 월 공급량당 **25%** 이하, 최대 **$35**까지 부담합니다. • 4단계 약: **25%** 귀하는 이 단계의 각 보장 인슐린 제품의 월 공급량당 **25%** 이하, 최대 **$35**까지 부담합니다. • 5단계 약: **26%** 귀하는 이 단계의 각 보장 인슐린 제품의 월 공급량당 **25%** 이하, 최대 **$35**까지 부담합니다.	**소매 약국**에서 30일분 처방의 경우: • **1단계 약: $0** 귀하는 이 단계에 해당하는 보장 인슐린 제품 각각에 대해 월 공급분당 **$0**를 지불합니다. • **2단계 약: $0** 귀하는 이 단계에 해당하는 보장 인슐린 제품 각각에 대해 월 공급분당 **$0**를 지불합니다. • **3단계 약: 17%** 귀하는 이 단계의 각 보장 인슐린 제품의 월 공급량당 **17%** 이하, 최대 **$35**까지 부담합니다. • **4단계 약: 48%** 귀하는 이 단계의 각 보장 인슐린 제품의 월 공급량당 **25%** 이하, 최대 **$35**까지 부담합니다. • **5단계 약: 25%** 귀하는 이 단계의 각 보장 인슐린 제품의 월 공급량당 **25%** 이하, 최대 **$35**까지 부담합니다.

비용	2026년 (올해)	2027년 (내년)
	네트워크 내:	**네트워크 내:**
	우대 비용 분담이 적용되는 **우편 주문 약국에서** 100일 공급분의 경우: • 1단계 약: **$0** 귀하는 이 단계에 해당하는 보장 인슐린 제품 각각에 대해 3개월 공급분당 **$0**를 지불합니다. • 2단계 약: **$0** 귀하는 이 단계에 해당하는 보장 인슐린 제품 각각에 대해 3개월 공급분당 **$0**를 지불합니다. • 3단계 약: **25%** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급량당 **25%** 이하, 최대 **$105**까지 부담합니다. • 4단계 약: **25%** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급량당 **25%** 이하, 최대 **$105**까지 부담합니다. • 5단계 약: 이용 불가	우대 비용 분담이 적용되는 **우편 주문 약국에서** 100일 공급분의 경우: **• 1단계 약: $0** 귀하는 이 단계에 해당하는 보장 인슐린 제품 각각에 대해 3개월 공급분당 **$0**를 지불합니다. **• 2단계 약: $0** 귀하는 이 단계에 해당하는 보장 인슐린 제품 각각에 대해 3개월 공급분당 **$0**를 지불합니다. **• 3단계 약: 17%** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급량당 **17%** 이하, 최대 **$105**까지 부담합니다. **• 4단계 약: 48%** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급량당 **25%** 이하, 최대 **$105**까지 부담합니다. **• 5단계 약:** 이용 불가

비용	2026년 (올해)	2027년 (내년)
	네트워크 내:	**네트워크 내:**
	표준 비용 분담이 적용되는 **우편 주문 약국에서** 100일 공급분의 경우: • 1단계 약: **$30** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급량당 **25%** 이하, 최대 **$30**까지 부담합니다. • 2단계 약: **$60** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급량당 **25%** 이하, 최대 **$60**까지 부담합니다. • 3단계 약: **25%** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급량당 **25%** 이하, 최대 **$105**까지 부담합니다. • 4단계 약: **25%** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급량당 **25%** 이하, 최대 **$105**까지 부담합니다. • 5단계 약: 이용 불가	표준 비용 분담이 적용되는 **우편 주문 약국에서** 100일 공급분의 경우: **• 1단계 약: $30** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급량당 **25%** 이하, 최대 **$30**까지 부담합니다. **• 2단계 약: $60** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급량당 **16%** 이하, 최대 **$60**까지 부담합니다. **• 3단계 약: 17%** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급량당 **17%** 이하, 최대 **$105**까지 부담합니다. **• 4단계 약: 48%** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급량당 **25%** 이하, 최대 **$105**까지 부담합니다. **• 5단계 약:** 이용 불가
	재난적 보장: 이 지불 단계에서 당사에서 보장하는 모든 파트 D 약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다.	**재난적 보장:** 이 지불 단계에서 당사에서 보장하는 모든 파트 D 약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

섹션 1 내년 혜택 및 비용에 대한 변경 사항

섹션 1.1 월 플랜 보험료의 변경 사항

비용	2026년 (올해)	2027년 (내년)
월 플랜 보험료 (Apple Health (Medicaid)에서 대신 납부해 주는 경우가 아니라면 Medicare 파트 B 보험료도 계속 납부하셔야 합니다.)	**$0**	**$0**
파트 B 보험료 감소 이 금액은 귀하의 파트 B 보험료에서 공제됩니다. 이는 귀하가 파트 B에 대해 더 적은 금액을 지불하게 됨을 의미합니다.	**$1**	**$0**

섹션 1.2 최대 본인부담금 금액에 대한 변경 사항

Medicare에서는 모든 건강 플랜의 해당 연도 본인부담금에 대한 한도를 요구하고 있습니다. 이 한도는 최대 본인부담금 (MOOP) 금액이라고 합니다. 일반적으로 이 금액을 지불하신 후에는 해당 역년의 남은 기간 동안 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 아무것도 지불하지 않습니다.

비용	2026년 (올해)	2027년 (내년)
최대 본인부담금 수혜자, Medicaid 및 기타 이차 보험이 지불한 비용 분담은 이 본인 부담 최대 한도에 포함됩니다. 가입자는 Apple Health(Medicaid)의 도움도 받기 때문에, 최대 본인부담금에 도달하는 경우는 극히 드뭅니다. 가입자는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 최대 본인부담금에 산정되는 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다. 보장되는 의료 서비스에 대한 비용(예: 공동부담금 및 공제금)은 최대 본인부담금 **금액에 산입됩니다**. 처방약에 대한 귀하의 비용은 귀하의 최대 본인부담금 **금액에 포함되지 않습니다**.	**$9,250**	**$9,850** 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 **$9,850**를 본인 부담금으로 납부하신 후에는, 해당 달력 연도의 나머지 기간 동안 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 아무것도 납부하지 않으셔도 됩니다.

섹션 1.3 의료 제공자 네트워크에 대한 변경 사항

내년에 적용되는 당사 제공자 네트워크가 변경되었습니다. 2026년 10월 15일부터 **Humana.com/FindCare**에서 2027년 제공자 명부를 검토하여 귀하의 의료 제공자(주치의, 전문의, 병원 등)가 당사 네트워크에 포함되어 있는지 확인하실 수 있습니다. 업데이트된 제공자 명부를 받는 방법은 다음과 같습니다.

- 당사 웹사이트를 방문하세요: **Humana.com/FindCare**.
- 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711)로 문의하여 최신 제공자 정보를 받거나 제공자 명부를 우편으로 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. 귀하의 제공자가 플랜 네트워크를 탈퇴할 경우 특별 가입 기간이 발생할 수 있습니다. 네트워크 제공자가 플랜에서 탈퇴할 때 귀하의 권리에 대한 자세한 내용은 보장 범위 증명서 3장, 2.3절을 참조하십시오.

섹션 1.4 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. 저희 네트워크에는 우선 비용 분담을 제공하는 약국이 포함되어 있으며, 일부 약품에 대해 다른 네트워크 약국의 표준 비용 분담보다 낮은 비용 분담을 제공할 수 있습니다.

내년에 적용되는 당사 약국 네트워크가 변경되었습니다. 2026년 10월 15일부터 **Humana.com/FindCare에서** 2027년 제공자 명부를 검토하여 어떤 약국이 당사 네트워크에 포함되어 있는지 확인하실 수 있습니다. 업데이트된 제공자 명부를 받는 방법은 다음과 같습니다.

- 당사 웹사이트를 방문하세요: **Humana.com/FindCare**.
- 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711로 문의)로 문의하여 최신 약국 정보를 받거나 제공자 명부를 우편으로 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.

섹션 1.5 혜택 및 의료 서비스 비용에 대한 변경 사항

연간 변경 통지는 귀하의 Medicare 혜택 및 비용 변경 사항을 알려드립니다.

농촌 보건 클리닉, 연방 공인 보건 클리닉, 및 필수 접근 병원(Critical Access Hospitals)에서 받은 서비스에는 2027년도에 해당하는 경우 주치의 또는 전문의 공동 부담금 또는 공동 보험이 적용될 수 있습니다.

이 지출 한도액과 Humana Cell Phone Benefit은 집중적인 치료 조정이 필요하고 입원 또는 기타 건강상 부정적인 결과의 위험이 높은 특정 만성 질환을 가진 회원을 위한 특별 보충 급여입니다. 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.

비용	2026년 (올해)	2027년 (내년)
	네트워크 내:	네트워크 내:
만성 질환자를 위한 특별 보완 혜택 • Humana 휴대폰 혜택	해당 없음	공동 부담금 **$0** 귀하가 SSBCI 자격이 있는 경우, 추가 비용 없이 무제한 통화, 문자 및 데이터를 제공하는 휴대폰을 받으실 수 있습니다.

비용	2026년 (올해)	2027년 (내년)
	네트워크 내:	**네트워크 내:**
• Humana Healthy Options Allowance® 모든 플랜 회원은 참여 소매점 또는 플랜의 승인된 OTC 우편 주문 판매업체를 통해 승인된 일반의약품(OTC) 건강 및 웰니스 제품을 구매할 수 있는 금액을 받습니다. **또한, 특정 자격을 갖춘 만성 질환이 있고 기타 프로그램 기준을 충족하는 회원은 이 금액을 적격 식료품, 공과금, 임대료 등에도 사용할 수 있습니다.** 사용하지 않은 금액은 매월 이월되며, 플랜 연도 말 또는 탈퇴 시, 둘 중 먼저 발생하는 시점에 만료됩니다.	선불 지출 카드에 월 **$125** 허용액.	선불 지출 카드에 월 **$175** 한도.
침술 (일반)	침술 방문에 대해 연간 최대 25회 방문까지 공동 부담금 **$0**.	연간 최대 6회 침술 방문에 대해 공동 부담금 **$0**.
연속 혈당 모니터 – 우선 약국에서	해당 없음	공동 부담금 **$0**
치과 서비스 • 보충 치과 혜택:	**DEN346** 공동 부담금 **$0** 은(는) 스케일링 및 치근활택술 (심층 세정)에 대해 3년마다 사분악당 최대 1회 적용됩니다. 3년마다 최대 1회 종합 구강 검진 또는 치주 검진, 교합 조정, 중등도 염증에 대한 스케일링에 대해 공동 부담금 **$0**. 브리지 재시멘테이션, 브리지-폰틱, 완전 의치, 크라운 재시멘테이션, 파노라마 필름 또는 진단 엑스레이, 부분 의치(5년마다 최대 1회)에 대해 공동 부담금 **$0**. 공동 부담금 **$0** 브릿지-크라운에 대해 5년마다 2회까지. 크라운, 기타 수복 서비스 - 코어 빌드업 및 기성 포스트와 코어, 신경 치료, 신경 치료 재치료에 대해 평생 치아당 최대 1회 공동 부담금 **$0**. 연간 최대 1세트 바이트윙 엑스레이, 구내 엑스레이에 대해 공동 부담금 **$0**.	**DEND53** 공동 부담금 **$0** 아말감 및/또는 복합 레진 충전 치료에 대해 치아 면당 2년에 최대 1회 적용됩니다. 크라운 재접착에 대해 2년마다 최대 1회까지 공동 부담금 **$0**. 3년마다 사분면당 최대 1회 스케일링 및 치근활택술(심층 세정)에 대해 공동 부담금 **$0**. 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**. 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, 단

비용	2026년 (올해)	2027년 (내년)
	네트워크 내:	**네트워크 내:**
	의치 조정, 의치 재상, 의치 재이장, 의치 수리, 응급 진단 검진, 조직 조절에 대해 연간 최대 1회 공동 부담금 **$0**. 통증에 대한 응급 치료, 구강 수술, 정기 구강검진, 예방적 치석 제거(세정)에 대해 연간 최대 2회 공동 부담금 **$0**. 연간 최대 4회 치주 유지 관리에 대해 공동 부담금 **$0**. 보장 서비스와 함께하는 필요 마취에 대해 연간 보장 코드에 따라 필요한 만큼 공동 부담금 **$0**. 아말감 및/또는 복합 레진 충전, 단순 또는 외과적 발치에 대해 연간 무제한 공동 부담금 **$0**. 모든 진단/예방 및 종합 혜택에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 **$3,000**.	순 또는 외과적 발치에 대해 치아당. 보장 서비스에 필요한 아산화질소/진통 처치에 대해 방문당 최대 1단위까지 공동 부담금 **$0**. 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 서비스에 필요한 추가 마취에 대해 연간 보장 코드에 따라 필요한 만큼 공동 부담금 **$0**. 모든 진단/예방 및 종합 혜택에 대한 연간 **$1,750** 최대 혜택 보장 금액.
청력 서비스		

비용	2026년 (올해)	2027년 (내년)
	네트워크 내:	**네트워크 내:**
• 보충 청각 혜택:	**HER945** 공동 부담금 **$0** 정기 청력 검사에 대해 연 최대 1회. 공동 부담금 **$0** 후속 진료 방문(연간 무제한). 고급형 보청기 3년마다 귀당 최대 1개에 대한 공동 부담금 **$0**. 참고: 보청기당 배터리 80개 및 3년 보증 포함. TruHearing 보청기 구매 후 첫 해 동안 후속 의료 제공자 방문 횟수 무제한.	**HER101** 공동 부담금 **$0** 정기 청력 검사에 대해 연 최대 1회. 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: 비충전식 보청기당 3년치 배터리(귀당 연간 최대 60개 셀) 및 3년 보증 포함. 보청기 구입 후 첫 해 동안 원래 의료 제공자와의 1회의 보청기 적합 및 3회의 후속 진료 방문.
교통	플랜 승인 장소에 대해 연간 최대 편도 24회까지 공동 부담금 **$0**. 이 혜택은 편도 이동당 75마일을 초과할 수 없습니다.	플랜 승인 장소에 대해 연간 최대 편도 24회까지 공동 부담금 **$0**. 이 급여는 편도 이동당 100마일을 초과할 수 없습니다.
균일성 유연성 비응급 의료 교통	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 이동당 75마일을 초과할 수 없습니다.	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 급여는 편도 이동당 100마일을 초과할 수 없습니다.
가상 심장 회복 프로그램 (균일성 유연성 혜택)	보장되지 않음	공동 부담금 **$0** 원격 의료를 통해 제공되는 가상 심장 회복 프로그램으로, 회복을 지원하고 재입원 위험을 줄이기 위해 최대 36회의 보장 세션을 제공합니다. 울혈성 심부전(CHF), 고혈압, 폐렴 또는 호흡기 질환이 있는 회원의 입원 후 이용 가능한 급여.
시력 관리		

비용	2026년 (올해)	2027년 (내년)
	네트워크 내:	**네트워크 내:**
• 정기 시력 서비스:	**VIS693** 공동 부담금 **$0** 은(는) 정기 검진에 대해 연간 최대 1회 적용됩니다. 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈 및 프레임), 안경(렌즈 및 프레임) 적합에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 **$100**. 또는 콘택트렌즈 또는 안경 렌즈 및 프레임, 안경 렌즈 및 프레임 적합에 대해 PLUS 제공자에서 연간 최대 혜택 보장 금액 **$200**. 안경 렌즈 옵션은 연간 최대 1쌍까지 최대 혜택 보장 금액으로 이용 가능할 수 있습니다. 최대 혜택 보장 금액은 연간 1회 사용으로 제한됩니다.	**VIS736** 공동 부담금 **$0** 정기 검진, 연간 최대 1회. 콘택트렌즈 또는 안경 렌즈와 프레임, 안경 렌즈와 프레임 맞춤에 대한 연간 **$50** 최대 혜택 보장 금액입니다. 또는 콘택트렌즈 또는 안경 렌즈와 프레임, 안경 렌즈와 프레임 맞춤에 대해 PLUS 제공업체에서 연간 **$100** 최대 혜택 보장 금액입니다. 안경 렌즈 옵션은 연간 최대 1쌍까지 최대 혜택 보장 금액으로 이용 가능할 수 있습니다. 최대 혜택 보장 금액은 연간 1회 사용으로 제한됩니다.

섹션 1.6 파트 D 처방약 보장에 대한 변경 사항

약품 안내서 변경 사항

보장 약품 목록은 처방집 또는 약품 안내서라고 합니다. 당사의 약품 안내서는 전자 문서로 제공됩니다. 약품 안내서에는 내년에 보장될 의약품 중 많은 것이 포함되어 있으나 전부는 아닙니다. 이 목록에 해당 약품이 없더라도 여전히 보장될 수 있습니다.

전체 약품 안내서는 당사 웹사이트(**Humana.com/druglist**)를 방문하시거나 고객 지원 센터에 800-457-4708번으로 전화하시면 받으실 수 있습니다 (TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오).

당사 약품 안내서에 대한 변경 사항에는 보장 의약품 추가/제거, 특정 약품에 대한 보장 적용 제한 사항의 변경 또는 다른 비용 분담 계층으로의 이동이 포함됩니다. **약품 안내서를 검토하여 내년에도 귀하의 약물이 보장되는지 확인하고, 제한 사항이 있는지 또는 귀하의 약물이 다른 비용 분담 단계로 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 약품 보장 변경으로 영향을 받는 경우, 보장 범위 증명서의 9장을 검토하고 처방 의사와 상담하여 임시 공급 요청, 예외 신청, 및/또는 새로운 약품 찾기 등의 옵션을 확인하시기 바랍니다. 자세한 내용은 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오.

섹션 1.7 처방약 혜택 및 비용에 대한 변경 사항

고객님께서는 의약품 비용 지불에 부가 지원 프로그램 (Extra Help)을 받고 계십니까?

약물 비용 지원 프로그램(Extra Help)에 등록되어 있는 경우, **파트 D 약물 비용에 관한 정보는 귀하에게 적용되지 않습니다.** 당사에서 처방약에 대한 부가 지원을 받는 사람을 위한 보장 범위 증명서 부칙이라는 귀하의 약품 비용에 관한 별도의 자료를 귀하께 보내드렸습니다. 부가 지원을 받고 계시며 9월 30일까지 이 자료를 받지 못하신 경우, 800-457-4708으로 고객 지원 센터에 전화(TTY 사용자는 711)하여 *LIS Rider*를 요청하세요.

의약품 결제 단계

의약품 비용 지불 단계는 3가지입니다: 연간 공제금 단계, 초기 보장 단계, 그리고 재난적 보장 단계.

- ***1*단계: 연간 공제금**

  귀하는 매 역년(calendar year)마다 이 납부 단계에서 시작합니다. 이 단계에서 귀하는 연간 공제금에 도달할 때까지 파트 D 약제 비용 전액을 납부하십니다.

- ***2*단계: 초기 보장**

  연간 공제금을 납부하시면 초기 보장 단계로 이동합니다. 이 단계의 경우, 당사 플랜에서 귀하의 약품 비용에 대한 해당 분담금을 지불하고 귀하는 이 비용에 대한 귀하의 부담금을 지불합니다. 일반적으로 연간 누적 본인부담금이 **$2,400**에 도달할 때까지 이 단계에 머무르게 됩니다.

- ***3*단계: 재난적 보장**

  이 단계는 세 번째이자 최종 의약품 결제 단계입니다. 이 단계에서 고객님은 보장되는 파트 D 의약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 고객님은 일반적으로 연중 남은 기간 동안 이 단계를 유지합니다.

1단계: 연간 공제금에서의 의약품 비용

이 표에는 이 단계의 처방당 비용이 나와 있습니다.

단계	2026년 (올해)	2027년 (내년)
연간 공제금	부가 지원 프로그램 (Extra Help)을 받는 경우, 귀하의 공제금는 **$0** 입니다. 이 단계에서 플랜이 보장하는 모든 파트 D 약품에 대해 **$0**를 납부합니다. 부가 지원을 **받지 못하시는** 경우, 공제금은 **$550** 입니다. 공제금은 **$550**입니다. 단, 보장 인슐린 제품 및 대부분의 성인 파트 D 백신은 제외됩니다. 이 단계에서 귀하는 1단계 의약품에 대해 **$0** 비용 분담, 2단계 의약품에 대해 **$0** 비용 분담을 부담하며, 연간 공제금에 도달할 때까지 3단계, 4단계, 5단계 의약품의 전체 비용을 부담합니다.	부가 지원 프로그램 (Extra Help)을 받는 경우, 귀하의 공제금는 **$0** 입니다. 비용 분담 금액은 LIS Rider 삽입물을 참조하십시오. 부가 지원을 **받지 않는** 경우, 공제금은 **$700입니다**. 공제금은 보장 인슐린 제품 및 대부분의 성인 파트 D 백신을 제외하고 **$700** 입니다. 이 단계에서는 연간 공제금에 도달할 때까지 1단계 의약품에 대해 **$0** 비용 분담, 2단계 의약품에 대해 **$0** 비용 분담, 3단계 의약품에 대해 **17%** 비용 분담, 4단계 및 5단계 의약품에 대해 전액을 부담합니다.

2단계: 초기 보장에서의 의약품 비용

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

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

이 표는 표준 및 우선 비용 분담이 적용되는 네트워크 약국에서 한 달(30일) 분량을 조제할 때 처방전당 귀하의 비용을 보여줍니다.

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 6장을 참조하십시오.

보장되는 파트 D 의약품에 대해 본인부담으로 **$2,400**를 지불하신 후에는 다음 단계(재난적 보장 단계)로 이동하게 됩니다.

	2026년 (올해)	2027년 (내년)
1단계: 우선 복제약	표준 비용 분담: 귀하는 소매 약국에서 한 달 공급량당 **$0**를 부담합니다. 한 달 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **$10** 입니다. 우대 비용 분담: 1개월분 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **$0**입니다.	**표준 비용 분담:** 귀하는 소매 약국에서 한 달 공급량당 **$0**를 부담합니다. 한 달 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **$10** 입니다. **우선 비용 분담:** 1개월분 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **$0**입니다.
2단계: 복제약	표준 비용 분담: 귀하는 소매 약국에서 한 달 공급량당 **$0**를 부담합니다. 한 달 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **$20** 입니다. 귀하는 이 단계의 우편 주문 처방전에 대해 각 보장 인슐린 제품의 월 공급량당 최대 **$20**까지 **25%**를 부담합니다. 우선 비용 분담: 1개월분 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **$0**입니다.	**표준 비용 분담:** 귀하는 소매 약국에서 한 달 공급량당 **$0**를 부담합니다. 한 달 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **$20** 입니다. 귀하는 이 단계의 우편 주문 처방전에 대해 각 보장 인슐린 제품의 월 공급량당 최대 **$20**까지 **16%**를 부담합니다. **우선 비용 분담:** 1개월분 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **$0**입니다.

	2026년 (올해)	2027년 (내년)
3단계: 우선 브랜드 약	표준 비용 분담: 귀하는 소매 약국에서 한 달 공급량당 **25%**를 부담합니다. 귀하는 이 단계의 소매 약국에서 각 보장 인슐린 제품의 월 공급량당 최대 **$35**까지 **25%**를 부담합니다. 한 달 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **25%** 입니다. 귀하는 이 단계의 우편 주문 처방전에 대해 각 보장 인슐린 제품의 월 공급량당 최대 **$35**까지 **25%**를 부담합니다. 우선 비용 분담: 한 달 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **25%** 입니다. 귀하는 이 단계의 우편 주문 처방전에 대해 각 보장 인슐린 제품의 월 공급량당 최대 **$35**까지 **25%**를 부담합니다.	**표준 비용 분담:** 귀하는 소매 약국에서 월 공급량당 **17%**를 부담합니다. 귀하는 이 단계의 소매 약국에서 각 보장 인슐린 제품의 월 공급량당 최대 **$35**까지 **17%**를 부담합니다. 1개월 우편 주문 처방에 대한 귀하의 비용은 **17%**입니다. 귀하는 이 단계의 우편 주문 처방전에 대해 각 보장 인슐린 제품의 월 공급량당 최대 **$35**까지 **17%**를 부담합니다. **우선 비용 분담:** 1개월 우편 주문 처방에 대한 귀하의 비용은 **17%**입니다. 귀하는 이 단계의 우편 주문 처방전에 대해 각 보장 인슐린 제품의 월 공급량당 최대 **$35**까지 **17%**를 부담합니다.
4단계: 비우선 의약품	표준 비용 분담: 귀하는 소매 약국에서 월 공급량당 총 비용의 **25%**를 부담합니다. 한 달 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **25%** 입니다. 우선 비용 분담: 한 달 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **25%** 입니다.	**표준 비용 분담:** 귀하는 소매 약국에서 월 공급량당 총 비용의 **48%**를 지불합니다. 1개월 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **48%**입니다. **우선 비용 분담:** 1개월 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **48%**입니다.

	2026년 (올해)	2027년 (내년)
5단계: 특수 계층 약	표준 비용 분담: 귀하는 소매 약국에서 월 공급량당 총 비용의 **26%**를 부담합니다. 1개월 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **26%**입니다. 우선 비용 분담: 1개월 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **26%**입니다.	**표준 비용 분담:** 귀하는 소매 약국에서 월 공급량당 총 비용의 **25%**를 부담합니다. 한 달 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **25%** 입니다. **우선 비용 분담:** 한 달 우편 주문 처방전에 대한 귀하의 비용은 **25%** 입니다.

섹션 2 플랜 변경 방법

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167 (HMO D-SNP)에 계속 가입하시려면 아무것도 하실 필요가 없습니다. 12월 7일까지 다른 Medicare 건강 플랜이나 약품 플랜에 가입하지 않고 오리지널 Medicare로도 변경하지 않으면, 당사의 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167 (HMO D-SNP)에 자동으로 가입됩니다.

2027년도 플랜을 변경하려면 다음 단계를 따르십시오:

- **다른 Medicare 건강 플랜으로 변경하시려면**, 새 플랜에 등록하십시오. 그러면 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167(HMO D-SNP) 탈퇴가 자동으로 이루어집니다. 모든 Medicare 건강 플랜이 처방약을 보장하는 것은 아님을 기억하십시오. 또한, 많은 플랜의 경우 Medicare 건강 플랜에 가입하면서 동시에 처방약 플랜을 구매할 수 없다는 점에 유의하십시오.
- **별도의 Medicare 의약품 보장이 있는 오리지널 Medicare로 변경하시려면,** 파트 D 플랜에 가입하시면 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167 (HMO D-SNP)에서 자동으로 탈퇴됩니다.
- **약물 플랜 없이 오리지널 Medicare로 변경하려면, 탈퇴** 서면 요청서를 보내주시거나 당사 웹사이트 www.humana.com/member/member-rights/disenrollment-and-cancellation을 방문하여 온라인으로 탈퇴하실 수 있습니다. 방법에 대한 자세한 내용은 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711)로 문의하십시오. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 **Medicare**에 문의하여 탈퇴를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.
- **오리지널 Medicare 및 다양한 유형의 Medicare 플랜에 대해 자세히 알아보려면,** Medicare.gov를 방문하거나, *Medicare & You 2027* 안내서를 확인하거나, 주 건강 보험 지원 프로그램에 전화하거나(섹션 4 참조), 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하세요.

섹션 2.1 플랜 변경 마감 기한

Medicare 가입자는 매년 **10월 15일 – 12월 7일에** 보장 내용을 변경할 수 있습니다.

2027년 1월 1일을 기준으로 Medicare Advantage 플랜에 등록하셨으며 플랜 선택이 마음에 들지 않으시면, 2027년 1월 1일 – 3월 31일 사이에 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 약물 보장 포함 또는 미포함)으로 전환하거나 오리지널 Medicare(별도의 Medicare 약물 보장 포함 또는 미포함)로 전환할 수 있습니다.

섹션 2.2 연중 다른 시기에 변경할 수 있는 경우가 있습니까?

특정 상황에서, 연중에 자신의 보장을 변경할 수 있는 다른 기회를 가질 수도 있습니다. 그 예는 다음과 같습니다.

- Medicaid 소지자
- 의약품 비용에 대해 부가 지원 프로그램 (Extra Help)을 받는 사람
- 고용주 보험 소지자 또는 고용주 보험 탈퇴 예정자
- 당사 플랜의 서비스 지역 밖으로 이사하는 사람

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 오리지널 Medicare.

- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함되지 않은 오리지널 Medicare (이 옵션을 선택하면, 자동 가입을 거부한 경우를 제외하고 Medicare에서 귀하를 의약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.) 또는
- 자격이 있는 경우, 하나의 플랜에서 Medicare 혜택과 서비스를 비롯해 Medicaid 혜택 및 서비스의 대부분 또는 전부를 제공하는 통합 D-SNP.

최근에 기관(예: 전문 간호 시설 또는 장기 요양 병원)에 입소하셨거나 현재 기관에 거주하고 계신 경우, **언제든지** Medicare 보장 내용을 변경하실 수 있습니다. 언제든지 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 약품 보장 가입 또는 비가입 가능)으로 변경하거나 오리지널 Medicare(별도 Medicare 약품 보장 가입 또는 비가입 가능)로 전환할 수 있습니다. 최근에 시설에서 퇴소한 경우, 퇴소한 달의 다음 달부터 만 2개월 동안 플랜을 전환하거나 오리지널 Medicare로 전환할 수 있습니다.

섹션 3 처방 의약품 비용 지원 받기

처방약 비용 지불에 대한 지원을 받을 자격이 되실 수 있습니다. 지원의 종류는 다양합니다.

- **Medicare의 Extra Help.** 저소득층의 경우, 처방약 비용을 지불하기 위한 부가 지원을 받을 수 있습니다. 자격이 되는 경우, Medicare에서 월 처방약 보험료, 연간 공제금 및 공동 보험비용 등을 포함한 의약품 비용의 75% 이상을 지불해 드릴 수 있습니다. 또한 자격을 갖춘 분들은 지연 가입 가산금을 지불하지 않습니다. 자격 여부를 확인하려면 다음으로 전화하십시오:

  - 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 하루 24시간, 주 7일 1-877-486-2048으로 전화하십시오.

  - 월요일~금요일 오전 8시~오후 7시 사이에 1-800-772-1213으로 사회보장국에 전화하시면 담당자와 연결됩니다. 자동 메시지는 하루 24시간 이용 가능합니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778을 이용해 주십시오.

  - 귀하의 주 Medicaid 사무소.

- **HIV/AIDS 환자를 위한 처방 비용 분담 지원.** AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)은 ADAP을 받을 자격을 갖춘 HIV/AIDS 감염자가 생명 연장에 필요한 HIV 의약품을 공급받을 수 있도록 지원합니다. 해당 주의 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 뒷부분의 "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 현재 약품 보장과 함께 작동하여 달력 연도(1월~12월)에 걸쳐 당사 플랜의 보장 약품에 대한 본인부담금을 나누어 결제할 수 있도록 도움을 주는 지불 옵션입니다. 약품 보장을 갖춘 Medicare 약품 플랜 또는 Medicare 건강 플랜(약품 보장을 갖춘 Medicare Advantage 플랜 등)에 가입한 모든 분들은 이 지불 옵션을 사용할 수 있습니다. Medicare 처방약 납부 플랜에 참여 중이시며 동일한 파트 D 플랜을 유지하시는 경우, 2027년에도 참여가 자동으로 갱신되며 2027년에 계속 참여하기 위해 새로운 선택 신청서를 제출하실 필요가 없습니다. **이 결제 옵션은 지출 관리에 도움이 될 수 있지만, 비용을 절약하거나 약물 비용을 낮추는 것은 아닙니다.**

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

섹션 4 문의 사항이 있으십니까?

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167 (HMO D-SNP)에서 도움 받기

- **800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오.**

전화 상담은 10월 1일 – 3월 31일에는 주 7일 오전 8시 – 오후 8시, 4월 1일 – 9월 30일에는 월요일 – 금요일 오전 8시 – 오후 8시에 가능합니다. 운영 시간 이후, 토요일, 일요일 및 공휴일에는 언제든지 음성 메시지를 남기실 수 있으며, 영업일 1일 이내에 회신해 드립니다. 통화료는 무료입니다.

- ***2027*년 보장 범위 증명서 문서 읽기**

이 연간 변경 안내서는 2027년 귀하의 혜택 및 비용 변경 사항에 대한 요약을 제공합니다. 자세한 내용은 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167 (HMO D-SNP)의 2027년 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/PlanDocuments에서** 보장 범위 증명서를 받으시거나 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711)로 문의하여 사본을 우편으로 보내달라고 요청하십시오.

- **Humana.com/FindCare** 방문하기

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 주에 훈련된 상담사를 갖춘 독립 정부 프로그램입니다.

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

Medicare로부터 도움 받기

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

  1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 하루 24시간, 주 7일 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.

- **실시간 채팅: Medicare.gov**

  Medicare.gov/talk-to-someone에서 실시간 채팅을 이용하실 수 있습니다.

- **Medicare에 서면으로 문의하기**

  Medicare, PO Box 1270, Lawrence, KS 66044로 서신을 발송할 수 있습니다.

- Medicare.**gov** 방문하기

  공식 Medicare 웹사이트에는 비용, 보장 및 품질 별점 단계에 관한 정보가 나와 있어 고객님의 지역에서 이용할 수 있는 Medicare 건강 플랜을 비교하는 데 도움을 받을 수 있습니다.

- ***Medicare & You 2027* 읽기**

  Medicare & You 2027 안내서는 매년 가을에 Medicare 가입자에게 우편으로 발송됩니다. 이 자료에는 Medicare 혜택, 권리 및 보호에 대한 요약과 Medicare에 관해 가장 자주 묻는 질문에 대한 답변이 포함되어 있습니다. Medicare.gov에서 사본을 받거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.

Medicaid로부터 도움 받기

Medicaid 등록 또는 혜택 관련 문의는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에 나열된 번호로 Apple Health (Medicaid)에 전화하십시오.

자료 A - 주 기관 연락처 정보

이 섹션은 이 연간 변경 안내서에서 언급된 주 기관의 연락처 정보를 제공합니다. 원하는 정보를 찾는 데 문제가 있는 경우 이 책자의 뒤표지에 있는 전화번호로 고객 지원에 문의하십시오.

WASHINGTON	
SHIP 이름 및 연락처 정보	Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) Office of the Insurance Commissioner PO Box 40255 Olympia, WA 98504-0255 800-562-6900(수신자 부담) 360-586-0241(TTY) http://www.insurance.wa.gov/shiba
품질 향상 기관	Acentra Health 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317 888-305-6759 TTY 711 844-878-7921 (FAX) https://acentraqio.com/aboutus/contact/
주 Medicaid 사무소	Apple Health (Medicaid) Cherry Street Plaza 626 8th Avenue SE Olympia, WA 98501 800-562-3022(수신자 부담) 711(TTY) http://www.hca.wa.gov/
AIDS 의약품 지원 프로그램	Washington State AIDS Drug Assistance Program (ADAP)Early Intervention Program (EIP). Client Services PO Box 47841 Olympia, WA 98504 877-376-9316(Washington 주 내) 360-664-2216(팩스) 360-236-3426 http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/HIVCareClientServices/ADAPandEIP

Insurance ACE 개인정보보호 방침 통지

이 통지서는 귀하에 관한 의료 정보가 어떻게 사용 및 공개될 수 있는지, 그리고 귀하가 이 정보에 어떻게 접근할 수 있는지를 설명합니다. 주의 깊게 검토해 주시기 바랍니다.

귀하의 개인 정보 및 건강 정보의 보호는 중요합니다. 요청 사항이나 불만 사항이 없는 한 귀하는 아무것도 하실 필요가 없습니다.

이 개인정보보호 방침 통지는 HIPAA 하의 계열 보장 주체인 Insurance ACE의 일부인 모든 주체에 적용됩니다. ACE는 법적으로 별도의 적용 대상 기관들의 그룹으로, 이들은 제휴 관계에 있으며 HIPAA의 목적을 위해 단일 적용 대상 기관으로 지정하였습니다. ACE 소속 기관의 전체 목록은 **https://huma.na/insuranceace**에서 확인할 수 있습니다.

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

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

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

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

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

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

귀하의 정보를 어떻게 사용하고 공개하나요?

가입자 정보를 어떻게 이용하고 공개합니까?

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

당사는 귀하의 정보를 사용하고 공개할 권리가 있습니다:

- 귀하가 의료 서비스를 받을 수 있도록 의사, 병원 또는 기타 의료 서비스 제공자에게 제공하는 경우.
- 의료 제공자가 귀하에게 제공한 보장 서비스에 대한 보험금 지급 및 건강 보험 보험료 납부를 포함한 지급 활동을 위해.
- 귀하의 가입 처리, 문의 응답, 치료 조정, 품질 향상 및 보험료 결정을 포함한 의료 운영 활동을 위해.
- 인수 심사 활동 수행을 위해. 단, 유전자 검사 결과는 사용하지 않으며 가족력에 관한 질문도 하지 않습니다.
- 귀하의 플랜 후원자가 자격, 등록 및 탈퇴 활동과 같은 플랜 관리 기능을 수행할 수 있도록 플랜 후원자에게 제공됩니다. 당사는 특정 상황에서 가입자에 대한 요약 수준의 건강정보를 가입자의 플랜 후원사와 공유할 수 있습니다. 예를 들어 가입자의 플랜 후원사가 다른 건강 플랜에서 입찰을 받을 수 있도록 정보를 공유할 수 있습니다. 가입자의 상세한 건강정보는 가입자의 플랜 후원사와 공유되지 않습니다. 당사는 귀하의 허락을 구하거나, 플랜 후원자는 귀하의 개인정보를 보호하는 데 동의했음을 증명해야 합니다.
- 귀하에게 관심이 있을 수 있는 건강 관련 혜택 및 서비스, 예약 알림 또는 치료 대안에 관한 정보를 귀하에게 연락하기 위해. 귀하가 수신 거부를 선택한 경우, 당사는 귀하에게 연락하지 않습니다.
- 귀하가 응급 상황 등으로 인해 의사소통이 불가능한 경우, 귀하의 가족 및 친구에게.
- 귀하의 가족 및 친구, 또는 귀하가 지정한 다른 모든 사람에게. 이 경우 공개되는 정보는 수령자가 귀하의 진료 또는 그 진료비 납부에 관여하는 것과 직접적인 관련이 있어야 합니다. 예를 들어, 가족 구성원이나 간병인이 청구에 대한 사전 지식을 가지고 당사에 연락할 경우, 당사는 해당 청구가 접수 및 지급되었는지 확인해 드릴 수 있습니다.
- 국세청 증빙을 위해 가입자에게 지급 정보를 제공하기 위해.
- 심각한 건강 또는 안전 위협이 있다고 판단되는 경우, 공중 보건 기관에.
- 학대, 방치 또는 가정 폭력 문제가 있는 경우, 관련 당국에.
- 법원 또는 행정 명령, 소환장, 증거 개시 요청 또는 기타 적법한 절차에 응하여.
- 법 집행 목적, 군 당국에 및 법률에 의해 달리 요구되는 경우.
- 재해 구호 활동 지원을 위해.
- 컴플라이언스 프로그램 및 의료 감독 활동을 위해.
- 산업재해 보상법 또는 계약에 따른 당사의 의무를 이행하기 위해.
- 귀하 또는 타인의 건강이나 안전에 대한 심각하고 임박한 위협을 방지하기 위해.
- 제한된 상황에서의 연구 목적으로, 해당 연구자들이 귀하의 개인 정보 보호를 위한 적절한 조치를 취한 경우에 한해.
- 장기, 안구 또는 조직의 조달, 보관 또는 이식을 위해.
- 검시관, 법의학 검사관 또는 장의사에게.

특정 유형의 정보에 대한 사용 및 공개의 추가 제한 사항:

- 일부 연방 및 주 법률은 다음과 같은 특정 민감한 건강 정보의 사용 및 공개를 제한할 수 있습니다: 42 CFR Part 2("Part 2")의 적용을 받는 약물 사용 장애("SUD") 기록; 생체 인식 정보; 성폭행을 포함한 아동 또는 성인 학대 또는 방임; 전염병; 유전 정보; HIV/AIDS; 정신 건강; 생식 건강; 및 성병.
- 당사가 SUD Part 2 기록을 수령하는 경우, 귀하의 서면 동의(다른 사용 또는 공개에 대한 동의와 별도로)에 기반하거나, Part 2에서 규정한 바와 같이 귀하에게 통지 및 의견 진술 기회가 제공된 후 법원 명령에 의한 경우가 아니라면, 귀하에 대한 민사, 형사, 행정 또는 입법 절차에서 해당 기록을 사용하거나 공개하거나, 해당 기록의 내용을 전달하는 증언을 제공하지 않습니다. SUD Part 2 기록의 사용 또는 공개를 허가하는 법원 명령에는 요청된 기록이 사용 또는 공개되기 전에 공개를 강제하는 소환장 또는 기타 법적 요건이 수반되어야 합니다.

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

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

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

내 정보에 관한 나의 권리는 무엇인가요?
당사는 귀하의 권리 요청에 적시에 응답하기 위해 최선을 다하고 있습니다.

- 열람 권한 - 귀하는 귀하에 관한 결정을 내리는 데 사용될 수 있는 귀하의 정보를 검토하고 사본을 받을 권리가 있습니다. 또한 가입자는 이러한 건강정보의 요약본을 받을 수 있습니다. 관련 법률에 따라, 당사는 이 개인 정보를 귀하 또는 귀하가 지정한 대리인에게 제공할 것입니다.
- 불리한 보험 인수 결정 - 귀하의 보험 신청이 거절된 경우, 귀하는 거절 사유를 제공받을 권리가 있습니다.
- 대체 통신 - 생명을 위협하는 상황을 피하기 위해, 귀하는 다른 방식으로 또는 다른 장소에서 귀하의 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하의 요청이 합리적인 경우 이를 수용하겠습니다.
- 수정 - 귀하는 수정 또는 삭제를 통해 이러한 개인 정보의 수정을 요청할 권리가 있습니다. 귀하의 서면 요청을 접수한 후 영업일 기준 60일 이내에, 분쟁 중인 정보의 수정 또는 삭제 여부, 또는 추가 조사 후 해당 수정을 거부하는 경우 이를 귀하에게 통지할 것입니다.
- 분쟁 중인 정보의 수정 또는 삭제를 거부하는 경우, 귀하는 분쟁 중인 정보에 대한 당사의 평가에 동의하지 않는 이유와 귀하가 올바르다고 생각하는 정보를 기재한 서면 진술서를 당사에 제출할 권리가 있습니다. 당사는 분쟁 중인 정보를 검토하는 모든 당사자가 해당 진술서에 접근할 수 있도록 할 것입니다.*
- 공개 - 귀하는 당사 또는 당사의 비즈니스 협력사가 귀하의 정보를 공개한 사례 목록을 받을 권리가 있습니다. 이는 치료, 지불, 건강 플랜 운영 및 기타 특정 활동에는 적용되지 않습니다. 당사는 이 정보를 유지하며 6년간 귀하에게 제공합니다. 12개월 기간 내에 이 목록을 두 번 이상 요청하는 경우, 당사는 합리적인 비용 기반 수수료를 청구할 수 있습니다.
- 통지 - 귀하는 언제든지 이 통지의 서면 사본을 요청하고 받을 권리가 있습니다.
- 제한 - 귀하는 귀하의 정보가 사용되거나 공개되는 방식을 제한하도록 요청할 권리가 있습니다. 당사는 이러한 제한에 동의해야 할 의무는 없지만, 동의하는 경우 계약을 준수할 것입니다. 또한 가입자는 사전에 제출된 제한 사항에 동의하거나 이를 종료할 권리도 보유하고 있습니다.

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

개인정보가 침해되었다고 생각하면 어떻게 해야 하나요?

본인의 개인정보가 침해되었다고 생각하는 경우, 언제든지 **866-861-2762**로 연락해 당사에 진정을 제기할 수 있습니다.
또한 진정을 U.S. Department of Health and Human Services 민권 담당국(OCR)에 서면으로 제출할 수도 있습니다. 요청 시 적절한 OCR 지역 주소를 제공해 드립니다. 또한 **OCRComplaint@hhs.gov**로 진정을 전송할 수도 있습니다. 진정을 제기하기로 선택한 경우, 가입자의 혜택은 영향을 받지 않으며 당사는 어떠한 방식으로도 가입자를 응징하거나 가입자에게 보복을 가하지 않습니다.

당사는 개인정보 및 건강정보를 보호하기 위한 가입자의 권리를 지지합니다.

저희의 책임
- 당사는 법률에 따라 귀하의 보호된 건강 정보의 개인 정보 보호 및 보안을 유지할 의무가 있습니다.
- 귀하의 정보에 대한 개인정보 보호 또는 보안이 침해되었을 가능성이 있는 사고가 발생하면 당사는 신속히 귀하에게 알릴 것입니다.
- 당사는 이 통지에 설명된 의무 및 개인 정보 보호 관행을 따르고 귀하에게 사본을 제공해야 합니다.
- 귀하가 서면으로 동의하지 않는 한, 당사는 여기에 설명된 것 이외의 방식으로 귀하의 정보를 사용하거나 공유하지 않을 것입니다. 당사에 허락하신 경우에도 언제든지 결정을 변경하실 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.

- 866-861-2762으로 당사에 연락하기
- **Humana.com**에서 당사 웹사이트에 접속하여 개인정보 보호 관행 링크로 이동하기

- 작성 완료된 요청 양식을 다음 주소로 보내십시오:
  Humana Inc.
  Privacy Office 003/10911
  101 E. Main Street
  Louisville, KY 40202

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, 성 정체성, 성, 성적 지향, 나이, 장애, 출신 국가, 군 복무 여부, 재향군인 여부, 유전 정보, 혈통, 민족, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 의료 서비스 필요 여부를 이유로 귀하를 차별했다고 생각하신다면, Humana Inc. 비차별 담당 코디네이터에게 직접 방문, 우편 또는 이메일로 고충을 제출하실 수 있습니다. 주소: P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235**(TTY: 711), 또는 **accessibility@humana.com**. 고충 제출에 도움이 필요하신 경우, Humana Inc.의 차별 금지 코디네이터가 도와드릴 수 있습니다.

또한 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).

캘리포니아 회원 여러분:
귀하는 또한 캘리포니아 보건 서비스부 민권 사무소에 **916-440-7370**(TTY: 711)로 전화하거나, **Civilrights@dhcs.ca.gov**으로 이메일을 보내거나, 다음 주소로 우편을 통해 민권 불만을 제기할 수 있습니다: Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. 진정 양식은 **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**에서 확인할 수 있습니다.

본 고지는 **www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**에서 확인할 수 있습니다.
GHHNDN2026HUM

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]፦ነፃ ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ፣ እና አማራጭ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

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

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

Bǎsɔ́ɔ̀ [Bassa]: Wudu-xwíníín-mú-zà-zà kǔà, hwòdǒ-fɔ́nɔ́-nyɔ̀,, kè nyɔ-ɓɔ̌-po-kà ɓě ɓé wa nyuɛsé wídí péè-péèdò kɔ.̌ Ɓá **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

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

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

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

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

Français [French]: Des services gratuits d’assistance linguistique, d’aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **877-320-1235 (ATS : 711)**.

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

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

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

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

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

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

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

GHHNOA2026HUM_0526

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

日本語 [Japanese]:言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]៖ សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)** ។

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

ພາສາລາວ [Lao]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóó naaltsoos t'áá ajiłii'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áá jiik'eh hóló. **877-320-1235 (TTY: 711)** bich'į' hodíílnih.

नेपाली [Nepali]: नि:शुल्क भाषा सेवा, सहायक सामग्री र वैकल्पिक ढाँचाका सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

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

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

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

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

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

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

தமிழ் [Tamil]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **877-320-1235 (TTY: 711)** எண்ணை அழைக்கவும்.

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

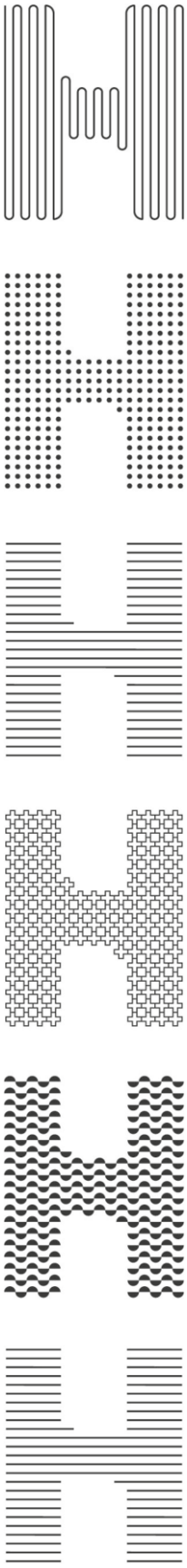
اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **877-320-1235 (TTY: 711)**۔

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

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn iṣẹ́ àtìlẹ́hìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àti ọ̀nà kíkà míràn wà lárọ̀wọ́tó lọ́fẹ̀ẹ́.
Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

메모



검토할 준비가 되셨나요? **저희가 도와드릴 준비가 되어 있습니다.**

2026년 10월 15일부터 2027년 플랜 문서를 검토하실 수 있습니다. 간단한 검색으로 다음을 포함하여 필요한 정보를 빠르게 찾으실 수 있습니다:

- 회원 권리 및 책임이 포함된 보장 범위 증명서.
- 플랜 세부 사항, 혜택 및 비용.
- 전문 분야, 위치 또는 질환별로 검색할 수 있는 의료 제공자 명부.
- 플랜에서 보장되는 약물 목록은 약품 안내서를 참조하십시오.

Humana.com/Renewal에서 2027년 Medicare 플랜 문서를 검토하십시오. Humana Medicare 플랜의 모든 혜택을 확인하려면 보장 범위 증명서를 참조하십시오. 귀하의 의료 혜택은 제4장의 의료 혜택 차트(보장 항목)에 있습니다. 귀하의 약국 혜택은 제6장의 파트 D 약물에 대한 납부 금액에 있습니다.

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

이 문서의 인쇄본을 원하시면 **800-457-4708**(TTY: **711)**으로 연중무휴 24시간 전화하십시오. Humana 가입자 ID 카드를 가까이 두시기 바랍니다. 전화 연결 후 통화 이유를 물으면 "*Evidence* of *Coverage*(보장 범위 증명서)" 또는 "Provider Directory(제공자 명부)"라고 말씀하십시오. 우편으로 서류를 받으시는 데 최대 2주가 소요될 수 있습니다.

저희는 Medicare 재정 지원, 정책 변경 및 회원 우선순위에 따라 매년 플랜을 업데이트합니다.

Humana 회원으로서 다른 보험 상품에 관한 전화를 받으실 수 있습니다. 수신 거부를 원하시면 ID 카드 뒷면에 있는 고객 지원 번호로 전화해 주세요.

Humana®

Y0040_GHZQHEGKO_C

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

H5619167000ANOCKO27

귀하의 Medicare Advantage 및 처방약 플랜 변경에 관한 중요 안내

내용을 확인하세요

다음은 2027년 1월 1일부터 적용되는 귀하의 **Humana Gold Plus SNP-DE H5619-167 (HMO D-SNP)** 요약입니다.

Humana®

Humana.com
800-457-4708(TTY: 711)