

2024

연례 변경 사항 고지문

Humana Gold Plus
SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)

Clark 카운티
Washington 주의 선별 카운티

Humana[®]



Humana에 가입해 주셔서 감사합니다

본 고지문에는 귀하의 2023년 플랜 혜택과 2024년 플랜 혜택을 비교한 내용과 2024년 플랜 보장 범위에 관한 추가 정보가 수록되어 있습니다.

(Medicare 및 Medicaid가 포함된) 모든 2024년 Humana 이중 적격 특수 요구 플랜 (Humana Dual Eligible Special Needs Plan)에는 Humana Spending Account 카드가 포함되어 있습니다. 이 카드에는 매달 Healthy Options 보조금이 지급되고, 미사용 보조금은 다음 달로 이월되며 플랜 연도가 끝나면 만료됩니다.

모든 2024년 Humana 플랜은 치과, 안과 및 청력 서비스에 대한 보장을 제공합니다. 또한, 일반적인 처방약에 대한 공동 부담금이 \$0입니다.

귀하께서 현재 가입 중인 Humana 플랜 가입을 계속해서 유지하고자 하시는 경우에는 아무런 조치도 하실 필요가 없으며, 2024년 1월 1일에 귀하의 플랜이 자동으로 갱신됩니다.

2024년 Medicare 연례 가입 기간 동안 플랜 계획하기

- 귀하의 플랜에 적용되는 변경 사항을 확인하십시오.** 본 연례 변경 사항 고지문 (ANOC)을 검토하여 가입자의 의료 보장 범위, 처방약 보장, 네트워크 약국 및 비용 (보험료, 공동 부담금, 공제금, 공동 보험비용) 등 변경 사항을 자세히 알아보십시오.
- 이 책자에 가입자가 누릴 수 있는 혜택 전체가 안내되어 있지는 않습니다.** ANOC에는 플랜 내 변경 사항이 강조되어 있으나, 가입자의 플랜이 제공하는 혜택의 전체 목록이 나와 있지는 않습니다. 10월 15일부터 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)에서 2024년 보장 범위 증명서(EOC)의 전체 목록을 확인해 보십시오. 자세한 안내는 본 고지문의 뒤표지를 참조하십시오.
- 기존 Humana 회원 ID 카드 및 Humana Spending Account 카드를 안전하게 보관하십시오.** 귀하가 다른 플랜을 선택하거나 카드의 정보가 변경되는 경우에는 새로운 ID 카드를 발급해 드립니다.

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 플랜은 Humana 회사인 Arcadian Health Plan, Inc.에서 제공합니다.

2024년 연례 변경 사항 고지문

귀하는 현재 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 가입자로 등록되어 있습니다. 내년에는 플랜의 비용과 혜택에 변경이 발생할 예정입니다. **보험료를 포함한 주요 비용 요약은 6페이지를 참조하십시오.**

이 문서에는 귀하가 가입하신 플랜의 변경 사항이 안내되어 있습니다. 비용, 혜택 또는 규정에 관한 자세한 내용은 당사 웹사이트([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))에 나와 있는 보장 범위 증명서를 검토하시기 바랍니다. 또한 고객지원팀으로 연락하여 보장 범위 증명서의 우편 발송을 요청하실 수 있습니다.

지금 해야 할 일

1. 문의하기: 본인에게 어떤 변경 사항이 적용되는지 물어봅니다.

혜택 및 비용에 대한 변경 사항을 확인하여 해당 사항이 귀하에게 영향을 주는지 확인하십시오.

- 의료 서비스 비용(의사, 병원)에 대한 변경 사항을 검토합니다.
- 승인 요건 및 비용을 포함한 당사의 약 보장 범위에 대한 변경 사항을 검토합니다.
- 보험료, 공제금 및 비용 분담금에 어느 정도의 비용을 지출할지에 대해 생각해봅니다.

2024년 "의약품 가이드"의 변경 사항을 확인하여 현재 복용 중인 약이 계속해서 보장 대상에 포함되는지 확인합니다.

귀하의 약국을 포함하여 담당의, 전문의, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자가 내년도에도 당사의 네트워크에 속하게 있는지 확인합니다.

당사의 플랜에 만족하고 계신지 생각해봅니다.

2. 비교하기: 가입 가능한 다른 플랜 상품에 대해 알아봅니다.

해당 지역에서 이용 가능한 여러 플랜의 보장 내용과 비용을 확인해봅니다. 이러한 정보는 www.medicare.gov/plan-compare 웹사이트의 Medicare Plan Finder를 사용하면 편리하게 찾아볼 수 있습니다. 아니면 Medicare & You 2024 핸드북 뒷면에 나와 있는 목록을 살펴보세요도 좋습니다.

선호하는 후보 플랜을 몇 가지로 좁힌 후 해당 플랜의 웹사이트에서 비용 및 보장 범위를 확인합니다.

3. 선택하기: 플랜을 변경할지 여부를 결정합니다.

- 2023년 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않을 경우 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에 자동으로 가입됩니다.
- **다른 플랜으로 변경하려면** 10월 15일부터 12월 7일 사이에 플랜을 전환하시면 됩니다. 새로운 보장은 **2024년 1월 1일**부터 적용됩니다. 이 날짜가 되면 귀하의 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 가입이 종료됩니다.
- 2.2절 16페이지에서 선택 가능한 플랜에 대해 자세히 알아봅니다.
- 최근에 시설(예: 전문 요양원 또는 장기 요양 병원)로 입소했거나, 현재 거주 중이거나 또는 퇴소한 경우, 언제든지 플랜을 변경하거나 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜 보유 여부에 관계 없이)로 전환할 수 있습니다.

추가 리소스

- 이 문서는 스페인어로 무료로 제공됩니다.
- 추가 정보는 고객지원팀(1-800-457-4708)으로 연락해 주십시오(TTY 사용자는 711). 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.
- 이 정보는 점자, 큰 글씨, 오디오 등 다른 형식으로도 이용 가능합니다. 다른 형식의 플랜 정보가 필요하신 경우, 위 번호로 고객지원팀에 연락해 주십시오.
- **본 플랜에 따른 보장은 적격 의료보장(QHC, Qualifying Health Coverage)의 자격을 갖추었으며** 환자 보호 및 부담 적정 보험법(ACA)의 개인 공유 책임 요건을 충족합니다. 자세한 정보는 국세청(IRS) 웹사이트(www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)를 참조하십시오.

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 정보

- Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 Medicare 계약과 함께 Washington Medicaid 프로그램과 계약을 맺은 조율된 진료 플랜 HMO입니다. 본 Humana 플랜 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다. 본 플랜은 또한 Medicaid 혜택 조율을 위해 Washington Medicaid 프로그램과 서면 계약을 체결했습니다.
- 본 문서에서 "당사" 또는 "저희"란 Humana 회사인 Arcadian Health Plan, Inc.를 의미합니다. "플랜" 또는 "당사 플랜"이란 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)을 의미합니다.

H5619_ANOC_MAPD_HMO_136001_2024_KO_M

2024년 연례 변경 사항 고지문 목차

2024년 플랜의 주요 비용 요약	6
1절 내년도 혜택 및 비용 변경 사항	9
1.1절 - 월 보험료에 대한 변경 사항	9
1.2절 - 최대 본인부담 비용에 대한 변경 사항	9
1.3절 - 제공자 네트워크에 대한 변경 사항	9
1.4절 - 의료 서비스의 혜택 및 비용 변경 사항	10
1.5절 - 파트 D 처방약 보장에 대한 변경 사항	12
2절 가입할 플랜 결정하기	15
2.1절 - Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 가입을 유지하고자 하는 경우	15
2.2절 - 플랜을 변경하려는 경우	15
3절 플랜 변경하기	16
4절 Medicare 및 Medicaid에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램	16
5절 처방약 비용을 지원해 주는 프로그램	16
6절 질문이 있으신가요?	17
6.1절 - Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에 문의하기	17
6.2절 - Medicare에 문의하기	17
6.3절 - Medicaid에 문의하기	18
자료 A. 주 기관 연락처 정보	19
<p>가입자가 거주하는 주에서 도움을 받을 수 있는 기관의 명칭과 주소, 전화번호, 기타 연락처 정보가 나와 있습니다.</p>	

2024년 플랜의 주요 비용 요약

아래 표는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 2023년 비용과 2024년 비용을 몇 가지 주요 영역에 대해 비교한 것입니다. 이 표는 비용을 간략하게 요약한 내용임에 유의하십시오.

비용	2023년(올해)	2024년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
월 플랜 보험료	\$0 또는 최대 \$23.90	\$0 또는 최대 \$35
공제금	\$0	\$0
최대 본인부담 비용 플랜에 의해 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 가입자가 부담하는 최대 본인부담 비용입니다(자세한 내용은 1.2절 참조).	\$8,300 가입자는 보상 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인부담비용에 대해 어떠한 본인부담액도 지불할 책임을 지지 않습니다.	\$8,850 가입자는 보상 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인부담비용에 대해 어떠한 본인부담액도 지불할 책임을 지지 않습니다.
의사 진찰	주치의 방문: 진료당 공동 부담금 \$0 전문의 방문: 진료당 공동 부담금 \$0	주치의 방문: 진료당 공동 부담금 \$0 전문의 방문: 진료당 공동 부담금 \$0
병원 입원	입원당 공동 부담금 \$0	입원당 공동 부담금 \$0

비용	2023년(올해)	2024년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
<p>파트 D 처방약 보장 (자세한 내용은 1.5절 참조)</p>	<p>"부가 지원"을 받는 경우 \$0 Rx 공동 부담금 혜택이 적용됩니다. 매년 처방집에 나와 있는 모든 플랜 보장 파트 D 약품에 대해 다음 비용을 지불합니다.</p> <p>공제금: \$0</p> <p>초기 보장 혜택기간 중 공동 부담금: 소매 및 우편 주문 약국 비용 부담금:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1단계 약: \$0 • 2단계 약: \$0 • 3단계 약: \$0 • 4단계 약: \$0 • 5단계 약: \$0 <p>비용 부담금은 30일분 및 100일분에 적용됩니다. 5단계 약은 30일분으로 제한됩니다.</p> <p>"부가 지원"을 받지 않으면 \$0 Rx 공동 부담금 혜택이 적용되지 않습니다. 가입자가 지불하는 비용은 다음과 같습니다.</p> <p>공제금: \$450. 단, 보장되는 인슐린 제품과 대부분의 성인 파트 D 백신은 제외됩니다.</p> <p>초기 보장 혜택기간 중 공동 부담금/공동 보험비용:</p> <p>30일분 약을 소매 약국에서 구입하는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1단계 약: \$2 • 2단계 약: \$19 • 3단계 약: \$47 <p>가입자는 이 단계에 속하는 각 보장 인슐린의 한 달 공급분당 \$35를 지불합니다.</p>	<p>"부가 지원"을 받는 경우 \$0 Rx 공동 부담금 혜택이 적용됩니다. 매년 처방집에 나와 있는 모든 플랜 보장 파트 D 약품에 대해 다음 비용을 지불합니다.</p> <p>공제금: \$0</p> <p>초기 보장 혜택기간 중 공동 부담금: 소매 및 우편 주문 약국 비용 부담금:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 플랜이 보장하는 모든 파트 D 약: \$0 <p>"부가 지원"을 받지 않으면 \$0 Rx 공동 부담금 혜택이 적용되지 않습니다. 가입자가 지불하는 비용은 다음과 같습니다.</p> <p>공제금: \$545. 단, 보장되는 인슐린 제품과 대부분의 성인파트 D 백신은 제외됩니다.</p> <p>초기 보장 혜택기간 중 공동 보험비용:</p> <p>30일분 약을 소매 약국에서 구입하는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 플랜이 보장하는 모든 파트 D 약: 25% <p>처방전당 25%를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린의 처방전에 대해서는 1개월분 약당 \$35의 비용을 지불하게 됩니다.</p>

비용	2023년(올해)	2024년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
	<ul style="list-style-type: none"> • 4단계 약: \$100 • 5단계 약: 25% 가입자는 이 단계에 속하는 각 보장 인슐린의 한 달 공급분당 \$35 를 지불합니다.	
	100일분 약을 우선 비용 분담되는 우편 주문 약국 에서 구입하는 경우: <ul style="list-style-type: none"> • 1단계 약: \$0 • 2단계 약: \$0 • 3단계 약: \$131 가입자는 이 단계에 속하는 각 보장 인슐린의 한 달 공급분당 \$105 를 지불합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 4단계 약: \$290 • 5단계 약: 적용되지 않음 	100일분 약을 우선 비용 분담되는 우편 주문 약국 에서 구입하는 경우: <p style="margin-left: 20px;">적용되지 않음</p>
	100일분 약을 표준 비용 분담되는 우편 주문 약국 에서 구입하는 경우: <ul style="list-style-type: none"> • 1단계 약: \$30 • 2단계 약: \$60 • 3단계 약: \$141 가입자는 이 단계에 속하는 각 보장 인슐린의 한 달 공급분당 \$105 를 지불합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 4단계 약: \$300 • 5단계 약: 적용되지 않음 	100일분 약을 표준 비용 분담되는 우편 주문 약국 에서 구입하는 경우: <ul style="list-style-type: none"> • 모든 약 등급: 25% 처방전당 25% 를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린의 처방전에 대해서는 3개월분 약당 \$105 의 비용을 지불하게 됩니다.
	재해 보상: <ul style="list-style-type: none"> • 이 지불 단계가 적용되는 동안 본 플랜은 보장되는 약비용의 대부분을 지불합니다. • 각 처방전에 대해서 다음 중 더 큰 값을 지불합니다. 약비용의 5%에 해당하는 금액 (공동 보험비용이라고 함) 또는 공동 부담금(복제약 또는 복제약으로 취급되는 약의 경우 \$4.15, 기타 모든 약의 경우 \$10.35) 	재해 보상: <ul style="list-style-type: none"> • 이 지불 단계가 적용되는 동안 본 플랜은 보장 대상 파트 D 약 비용 일체를 지불합니다. 즉, 가입자가 지불해야 할 비용은 없습니다.

1절 내년도 혜택 및 비용 변경 사항

1.1절 - 월 보험료에 대한 변경 사항

비용	2023년(올해)	2024년(내년도)
월 보험료 (Apple Health(Medicaid)에서 가입자의 파트 B 보험료를 대신 지불하는 경우가 아니라면 가입자는 Medicare 파트 B 보험료 또한 계속 지불해야 합니다.)	\$0 또는 최대 \$23.90	\$0 또는 최대 \$35

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 금액에 도달하면 가입자가 해당 연도의 남은 기간 중 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 어떠한 지불도 하지 않습니다.

비용	2023년(올해)	2024년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
최대 본인부담 비용 가입자는 Apple Health(Medicaid)의 지원도 받기 때문에, 최대 본인부담비용에 도달하는 경우는 극히 드뭅니다. 가입자는 보상 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인부담비용에 대해 어떠한 본인부담액도 지불할 책임을 지지 않습니다. 보장 의료 서비스에 대해 가입자가 지불하는 비용(예: 공동 부담금)은 가입자의 최대 본인부담 비용에 산입됩니다. 가입자의 플랜 보험료와 처방약 비용은 최대 본인부담 비용으로 산입되지 않습니다.	\$8,300	\$8,850 파트 A와 파트 B 보장 서비스에 대한 본인부담비용으로 \$8,850 를 지불한 후에는 해당 연도의 남은 기간 동안 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 어떠한 비용도 지불하지 않습니다.

1.3절 - 제공자 네트워크에 대한 변경 사항

업데이트된 제공자 명부는 당사 웹사이트 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)에 안내되어 있습니다. 또한 고객지원팀에 전화하여 업데이트된 제공자 및/또는 약국 정보를 확인하거나 제공자 명부를 우편으로 보내달라고 당사에 요청할 수 있습니다.

내년에 당사의 제공자 네트워크에 대한 변경 사항이 있습니다. **2024년 제공자 명부를 검토하여 귀하의 제공자(일차의료 제공자, 전문의, 병원 등)가 당사 네트워크에 있는지 확인하십시오.**

내년에 당사의 약국 네트워크에 대한 변경 사항이 있습니다. **당사의 네트워크에 어떤 약국들이 있는지 확인하려면 2024년 제공자 명부를 검토하십시오.**

중요: 당사는 연중 언제든지 가입자의 플랜에 속한 병원, 의사, 전문의(의료 제공자) 및 약국을 변경할 수 있습니다. 플랜에 속한 제공자가 중도 변경되어 가입자에게 그 영향이 미치는 경우 고객지원팀에 문의해주시면 지원해 드리겠습니다.

1.4절 - 의료 서비스의 혜택 및 비용 변경 사항

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

당사는 내년도 특정 의료 서비스에 대한 비용 및 혜택을 변경 중에 있습니다. 아래에서 해당 변경 내용에 대해 설명하고 있습니다.

2024년에 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.

비용	2023년(올해)	2024년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
치과 서비스 • 치과 보충 혜택	DEN349 3년마다 분기당 최대 1회의 스케일링 및 치근 활택술 (딥클리닝)에 대한 공동 부담금 \$0. 3년마다 최대 1회의 종합 구강 검사 또는 치주 검사, 교합 조정, 중등도 염증 시 스케일링에 대한 공동 부담금 \$0. 5년마다 최대 1회의 브릿지 재부착, 브릿지, 전체 의치, 치관 재부착, 파노라마 필름 또는 진단 엑스레이, 부분 의치에 대한 공동 부담금 \$0. 평생 최대 치아 1개의 치관, 근관, 근관 재치료에 대한 공동 부담금 \$0. 연간 교익 엑스레이 최대 1세트에 대한 공동 부담금 \$0. 연간 최대 1회의 의치 조정, 의치 개상, 의치 이장, 의치 보수, 응급 진단 검사, 조직 양화에 대한 공동 부담금 \$0.	DEN349 3년마다 분기당 최대 1회의 스케일링 및 치근 활택술 (딥클리닝)에 대한 공동 부담금 \$0. 3년마다 최대 1회의 종합 구강 검사 또는 치주 검사, 교합 조정, 중등도 염증 시 스케일링에 대한 공동 부담금 \$0. 5년마다 최대 1회의 브릿지 재부착, 브릿지 폰틱, 전체 의치, 치관 재부착, 파노라마 필름 또는 진단 엑스레이, 부분 의치에 대한 공동 부담금 \$0. 2년마다 최대 2회의 브릿지-치관에 대한 공동 부담금 \$0. 평생 치아당 최대 1회의 치관, 기타 수복 서비스 - 코어 축성 및 기성 포스트 및 코어, 근관, 근관 재치료에 대한 공동 부담금 \$0. 연간 교익 엑스레이, 구강내 엑스레이 최대 1세트에 대한 공동 부담금 \$0.

비용	2023년(올해)	2024년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
	<p>연간 최대 2회의 통증, 불소 도포, 구강 수술, 정기 구강검진, 예방 진료(클리닝)에 대한 응급 상황 치료에 대한 공동 부담금 \$0.</p> <p>연간 최대 4회의 치주 관리에 대한 공동 부담금 \$0.</p> <p>연간 최대 무제한 아말감 및/또는 콤포짓트 충전, 보장 서비스에 필요한 마취, 단순 발치 또는 외과적 발치에 대한 공동 부담금 \$0.</p> <p>예방 및 종합 혜택을 위한 연간 최대 혜택 보장 금액 \$4,000.</p>	<p>연간 최대 1회의 의치 조정, 의치 개상, 의치 이장, 의치 보수, 응급 진단 검사, 조직 양화에 대한 공동 부담금 \$0.</p> <p>연간 최대 2회의 통증, 불소 도포, 구강 수술, 정기 구강검진, 예방 진료(클리닝)에 대한 응급 상황 치료에 대한 공동 부담금 \$0.</p> <p>연간 최대 4회의 치주 관리에 대한 공동 부담금 \$0.</p> <p>연간 최대 무제한 아말감 및/또는 콤포짓트 충전, 보장 서비스에 필요한 마취, 단순 발치 또는 외과적 발치에 대한 공동 부담금 \$0.</p> <p>예방 및 종합 혜택을 위한 연간 최대 혜택 보장 금액 \$4,000.</p>
개인 응급 대응 시스템	보장됨	보장되지 않음
교통편	<p>플랜에서 승인한 장소로 연간 최대 무제한 편도 교통편 이용 시 공동 부담금 \$0.</p> <p>이 혜택은 편도 교통편 1회당 이동거리가 50마일을 초과하지 않는 경우에 적용됩니다.</p>	<p>플랜에서 승인한 장소로 연간 최대 48회 편도 교통편 이용 시 공동 부담금 \$0.</p> <p>이 혜택은 편도 교통편 1회당 이동거리가 50마일을 초과하지 않는 경우에 적용됩니다.</p>
안과 진료 • 정기 안과 서비스:	<p>VIS733 연간 최대 1회의 정기 검사에 대한 공동 부담금 \$0. 콘택트 렌즈나 안경 렌즈 및 안경테, 안경 렌즈 및 안경테 피팅에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 \$300. 안경 렌즈 옵션은 연간 최대 1쌍까지 최대 혜택 보장 금액을 지원받을 수 있습니다. 최대 혜택 보장 금액은 연간 1회 이용으로 제한됩니다.</p>	<p>VIS733 연간 최대 1회의 정기 검사에 대한 공동 부담금 \$0. 콘택트 렌즈나 안경 렌즈 및 안경테, 안경 렌즈 및 안경테 피팅에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 \$300. PLUS 제공자를 통한 콘택트 렌즈나 안경 렌즈 및 안경테, 안경 렌즈 및 안경테 피팅에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 \$350. 안경 렌즈 옵션은 연간 최대 1쌍까지 최대 혜택 보장 금액을 지원받을 수 있습니다. 최대 혜택 보장 금액은 연간 1회 이용으로 제한됩니다.</p>

비용	2023년(올해)	2024년(내년도)
	네트워크 내	네트워크 내
Humana Spending Account 카드 Humana Spending Account 카드는 본 플랜에 포함된 보조금을 사용할 때 쓸 수 있는 카드입니다. 이전 플랜에서 받은 Humana Spending Account 카드가 있는 경우 동일한 카드를 계속해서 사용하시기 바랍니다. 이전 플랜에서 받은 Humana Spending Account 카드가 없는 경우에는 우편으로 카드를 수령하는 즉시 카드를 활성화하십시오. 이 보조금은 다른 혜택 보조금과 함께 사용할 수 없습니다. 한도 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다.	카드에 충전되는 보조금은 다음과 같습니다. <ul style="list-style-type: none"> • Healthy Options 보조금 	카드에 충전되는 보조금은 다음과 같습니다. <ul style="list-style-type: none"> • Healthy Options 보조금

1.5절 - 파트 D 처방약 보장에 대한 변경 사항

"의약품 가이드"에 대한 변경 사항

당사의 보장 의약품 목록은 처방집 또는 "의약품 가이드"라고 부릅니다. 당사의 "의약품 가이드" 사본은 전자 버전으로 제공됩니다. **의약품 가이드 전문**은 고객지원팀(뒤표지에 안내됨)에 요청하거나 웹사이트 (Humana.com/PlanDocuments)에서 **확인할 수 있습니다.**

당사 "의약품 가이드"에 대한 변경 사항에는 보장 의약품 추가/제거 또는 특정 의약품에 대한 보장 적용 제한 사항의 변경이 포함됩니다. **"의약품 가이드"를 검토하여 가입자가 이용하는 약이 내년에 보장되는지 그리고 적용되는 제한 사항이 있는지 확인하십시오.**

"의약품 가이드" 내 대부분의 변경 사항은 매년 초부터 적용됩니다. 그러나 Medicare 규정상 허용하는 다른 변경 사항을 연중에 적용할 수 있습니다. 예를 들어, FDA가 안전하지 않은 것으로 간주하거나 제품 제조업체가 시장에서 철수시킨 약을 즉시 제거할 수 있습니다. 당사는 최신 의약품 목록을 제공하기 위해 당사의 온라인 "의약품 가이드"를 업데이트합니다.

연초 또는 연중에 약 보장에 대한 변경의 영향을 받는 경우, 보장 범위 증명서의 9장을 읽어보고 담당 의사에게 임시 공급분을 요청하거나 예외를 신청하거나, 신약을 찾아보는 등 어떤 옵션을 이용할 수 있는지 문의하십시오. 또한 고객지원팀에 문의하여 자세한 내용을 확인할 수도 있습니다.

처방약 비용에 대한 변경 사항

참고: 귀하가 약 비용을 지원해 주는 프로그램("부가 지원")에 가입되어 있는 경우, **파트 D 처방약 비용에 대한 내용은 귀하에게 적용되지 않습니다.**

"약 지불 단계"에는 총 4단계가 있습니다. 아래 정보는 첫 번째 두 단계(연간 공제금 단계 및 초기 보장 혜택 기간)에 대한 변경 사항을 보여줍니다(대부분의 가입자는 나머지 두 단계인 보장 공백 단계와 재해 보상 범위 단계에 도달하지 않습니다).

공제금 단계에 대한 변경 사항

단계	2023년(올해)	2024년(내년도)
<p>1단계: 연간 공제금 단계</p> <p>이 단계에서는 연간 공제금에 도달할 때까지 약 비용 전액을 지불합니다. 이 공제금은 대상포진, 파상풍 및 여행 백신을 포함한 보장 인슐린 제품과 대부분의 성인 파트 D 백신에는 적용되지 않습니다.</p>	<p>매년 처방집에 나와 있고 플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약에 대한 "부가 지원"을 받는 경우, 공제금은 \$0입니다.</p> <p>이 단계에서는 플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약에 대해 \$0를 지불합니다.</p> <p>"부가 지원"을 받지 않는 경우 공제금은 \$450입니다.</p>	<p>매년 처방집에 나와 있고 플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약에 대한 "부가 지원"을 받는 경우, 공제금은 \$0입니다.</p> <p>이 단계에서는 플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약에 대해 \$0를 지불합니다.</p> <p>"부가 지원"을 받지 않는 경우 공제금은 \$545입니다.</p>

초기 보장 혜택 기간의 비용 분담금에 대한 변경 사항

- 1단계 - 우선 복제약에 해당하는 약의 경우, 초기 보장 혜택 기간에서의 비용 분담금이 공동 부담금에서 공동 보험비용으로 변경됩니다. 2023년 대비 2024년에 변경되는 사항은 다음 차트를 참조하십시오.
- 2단계 - 복제약에 해당하는 약의 경우, 초기 보장 혜택 기간에서의 비용 분담금이 공동 부담금에서 공동 보험비용으로 변경됩니다. 2023년 대비 2024년에 변경되는 사항은 다음 차트를 참조하십시오.
- 3단계 - 우선 브랜드 약에 해당하는 약의 경우, 초기 보장 혜택 기간에서의 비용 분담금이 공동 부담금에서 공동 보험비용으로 변경됩니다. 2023년 대비 2024년에 변경되는 사항은 다음 차트를 참조하십시오.
- 4단계 - 비우선 약에 해당하는 약의 경우, 초기 보장 혜택 기간에서의 비용 분담금이 공동 부담금에서 공동 보험비용으로 변경됩니다. 2023년 대비 2024년에 변경되는 사항은 다음 차트를 참조하십시오.

단계	2023년(올해)	2024년(내년도)
<p>2단계: 초기 보장 혜택 기간</p> <p>연간 공제금을 지불하면 초기 보장 혜택 기간으로 이동합니다. 이 단계에서는 귀하의 약 비용에 대해 플랜은 플랜의 분담금을 지불하고 귀하는 본인 부담금을 지불합니다.</p> <p>이 행에 제시된 비용은 네트워크 약국에서 처방약 구입 시 1개월(최대 30일)분에 대한 비용입니다.</p>	<p>매년 처방집에 나와 있고 플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약에 대한 "부가 지원"을 받는 경우, 지불해야 하는 비용은 \$0입니다.</p> <p>"부가 지원"을 받지 않는 경우, 네트워크 약국에서 구입하는 1개월(최대 30일)분 약 비용은 아래와 같습니다.</p>	<p>매년 처방집에 나와 있고 플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약에 대한 "부가 지원"을 받는 경우, 지불해야 하는 비용은 \$0입니다.</p> <p>"부가 지원"을 받지 않는 경우, 네트워크 약국에서 구입하는 1개월(최대 30일)분 약 비용은 아래와 같습니다.</p>
<p>장기 공급분이나 우편 주문 처방약에 대한 자세한 비용 정보는 보장 범위 증명서의 6장 5절을 참조하십시오.</p> <p>대부분의 성인 파트 D 백신은 보장되며 이에 따라 별도의 비용이 발생하지 않습니다.</p>		

단계	2023년(올해)	2024년(내년도)
		플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약: 처방전당 25% 를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린의 처방전에 대해서는 1개월분 약당 \$35 의 비용을 지불하게 됩니다.
2023년 귀하는 우선 복제약 단계의 약에 대해 \$2 의 공동 부담금을 지불했습니다. 2024년에는 이 단계에 해당하는 약에 대해 25% 의 공동 보험비용을 지불하게 됩니다.	우선 복제약: 처방전당 \$2 를 지불합니다.	
2023년 귀하는 복제약 단계의 약에 대해 \$19 의 공동 부담금을 지불했습니다. 2024년에는 이 단계에 해당하는 약에 대해 25% 의 공동 보험비용을 지불하게 됩니다.	복제약: 처방전당 \$19 를 지불합니다.	
2023년 귀하는 우선 브랜드 약 단계의 약에 대해 \$47 의 공동 부담금을 지불했습니다. 2024년에는 이 단계에 해당하는 약에 대해 25% 의 공동 보험비용을 지불하게 됩니다.	우선 브랜드 약: 처방전당 \$47 를 지불합니다. 가입자는 이 단계에 속하는 각 보장 인슐린의 한 달 공급분당 \$35 를 지불합니다.	
2023년 귀하는 비우선 약 단계의 약에 대해 \$100 의 공동 부담금을 지불했습니다. 2024년에는 이 단계에 해당하는 약에 대해 25% 의 공동 보험비용을 지불하게 됩니다.	비우선 약: 처방전당 \$100 를 지불합니다.	
	특수 단계 약: 처방전당 25% 를 지불합니다. 가입자는 이 단계에 속하는 각 보장 인슐린의 한 달 공급분당 \$35 를 지불합니다.	
	가입자 부담 총 의약품 비용이 \$4,660 에 도달하면 다음 단계 (보장 공백 단계)로 이동합니다.	가입자 부담 총 의약품 비용이 \$5,030 에 도달하면 다음 단계 (보장 공백 단계)로 이동합니다.

보장 공백 단계 및 재해 보상 범위 단계에 대한 변경 사항

나머지 두 가지 약 보장 단계(보장 공백 단계, 재해 보상 범위 단계)는 높은 약비용을 지불하는 사람들을 위한 단계입니다. **대부분의 가입자는 보장 공백 단계와 재해 보상 범위 단계에 도달하지 않습니다.**

2024년부터는 재해 보상 범위 단계에 도달하는 가입자는 보장 파트 D 약에 대해 아무 비용도 지불하지 않습니다.

이러한 단계에 대한 가입자 비용 정보는 보장 범위 증명서 6장 6절 및 7절 참조하십시오.

2절 가입할 플랜 결정하기

2.1절 - Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 가입을 유지하고자 하는 경우

당사의 플랜에 가입을 유지하고자 하는 경우 별도로 해야 할 일은 없습니다. 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않거나 Original Medicare로 변경하지 않는 경우, 귀하는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에 자동으로 등록됩니다.

2.2절 - 플랜을 변경하려는 경우

당사는 귀하가 내년에도 플랜을 유지하시기를 바라고 있지만 2024년에 플랜을 변경하기로 결정하셨다면 다음 단계를 따르시기 바랍니다.

1단계: 다양한 플랜에 대해 알아보고 비교하기

- 다른 Medicare 건강 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- -- 또는 -- Original Medicare로 변경하실 수 있습니다. Original Medicare로 변경하는 경우, Medicare 약 플랜에 대한 가입 여부를 결정해야 합니다.

Original Medicare 및 다른 Medicare 플랜 유형에 대한 자세한 내용은 Medicare Plan Finder (www.medicare.gov/plan-compare)를 사용하여 찾아보거나, Medicare & You 2024 핸드북을 읽어보거나, 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)(4절 참조)에 전화하거나, Medicare(6.2절 참조)에 문의하시기 바랍니다.

2단계: 보장 변경하기

- **다른 Medicare 건강 플랜으로 변경하려면** 원하는 신규 플랜에 가입하십시오. 그러면 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 가입 해지가 자동으로 이루어집니다.
- **처방약 플랜이 포함된 Original Medicare로 변경하려면** 새 의약품 플랜에 가입하십시오. 그러면 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 가입 해지가 자동으로 이루어집니다.
- **처방약 플랜 없이 Original Medicare로 변경하려면** 다음 중 하나를 수행하셔야 합니다.
 - 플랜 가입 해지 요청을 서면으로 보내주시거나 당사 웹사이트를 방문하여 온라인으로 해지하십시오. 자세한 가입 해지 절차는 고객지원팀에 문의하십시오
 - - 또는 - 연중무휴 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 연락하여 가입 해지를 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오.

Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않는 경우, 자동 가입을 거부하지 않는 한 Medicare의 의약품 플랜에 가입할 수 있습니다.

3절 플랜 변경하기

내년에 다른 플랜이나 Original Medicare로 변경하려면 **10월 15일~12월 7일까지** 변경하실 수 있습니다. 변경 사항은 2024년 1월 1일에 적용됩니다.

연중 다른 변경 시기가 있습니까?

특정 상황에서는 연중 다른 기간에도 변경이 허용됩니다. 예를 들어, 약비용에 대한 "부가 지원"을 받는 Medicaid 가입자로서 고용주 보장을 적용받고 있거나 고용주 보장에서 탈퇴하려는 경우 그리고 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우, 연중 다른 시기에 변경할 수 있습니다.

귀하는 Apple Health(Medicaid)의 지원도 받고 계시므로 다음과 같은 **특별 가입 기간**에 당사의 플랜 멤버십을 종료하거나 다른 플랜으로 1회 전환할 수 있습니다.

- 1~3월
- 4~6월
- 7~9월

2024년 1월 1일부터 적용되는 Medicare Advantage 플랜에 가입했으나 선택한 플랜을 더 이상 원치 않는 경우, 2024년 1월 1일~2024년 3월 31일 사이에 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 처방약 보장 가입 또는 비가입 가능) 또는 Original Medicare(Medicare 처방약 보장 가입 또는 비가입 가능)로 전환할 수 있습니다.

최근에 시설(예: 전문 요양원 또는 장기 요양 병원)로 입소했거나, 현재 거주 중이거나 또는 갓 퇴소한 경우, **언제든지** Medicare 보장을 변경할 수 있습니다. 언제든지 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 처방약 보장 가입 또는 비가입 가능)으로 변경하거나 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 보장 가입 또는 비가입 가능)로 전환할 수 있습니다.

4절 Medicare 및 Medicaid에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램

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

이 프로그램은 연방 정부로부터 자금을 받는 주 정부 프로그램으로 Medicare에 가입된 사람들에게 **무료**로 현지 건강 보험 관련 상담을 제공합니다. 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP) 상담원들이 Medicare 관련 질문이나 문제를 도와드릴 수 있습니다. 상담원은 선택하신 Medicare 플랜에 대한 이해를 도와드리고 플랜 변경에 관한 질문에 답해드릴 수 있습니다. 본 문서 뒷면의 "자료 A"에 나와 있는 주 정부 건강 보험 지원 프로그램의 연락처로 전화하실 수 있습니다.

Apple Health(Medicaid) 혜택에 대해 궁금한 점은 Apple Health(Medicaid)에 문의하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아갈 경우 Apple Health(Medicaid) 보장에 어떤 영향이 발생하는지 문의하십시오. 본 문서 뒷면의 "자료 A"에 나와 있는 연락처로 Apple Health(Medicaid)에 전화하실 수 있습니다.

5절 처방약 비용을 지원해 주는 프로그램

가입자는 지불해야 하는 처방약 비용에 대한 지원을 받으실 수 있습니다. 지원 경로는 다음과 같이 다양합니다.

- **Medicare에서 제공하는 "부가 지원"**. 귀하는 Apple Health(Medicaid)의 지원을 받고 계시므로 이미 저소득층 보조금이라고도 하는 "부가 지원"에 가입되어 있습니다. "부가 지원"을 받는 가입자는 지원 수준에 따라 처방약 보험료 및 연간 공제금 그리고 처방전당 비용을 일부 또는 전부 지원받을

수 있습니다. 이미 가입 자격을 갖추셨기 때문에 보장 공백 또는 지연 가입 가산금이 적용되지 않습니다. "부가 지원"에 대해 궁금한 점이 있으면 다음 연락처로 문의하십시오.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048로 하루 24시간, 연중무휴 문의하실 수 있습니다.
- 사회보장국(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 문의하십시오.
- 해당 주 Medicaid 사무실(신청 부서)로 연락하십시오.
- **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. 자격을 얻으려면 주 거주 여부, HIV 감염 여부, 주에서 규정한 저소득층 구분, 무보험/부족한 보험 상태에 대한 증명서를 포함하여 특정 조건을 충족해야 합니다. ADAP에서도 혜택을 제공하는 Medicare 파트 D 처방약은 ADAP 프로그램을 통해 처방약 비용 분담금 지원을 받을 수 있습니다. 자격 기준, 적용 의약품 또는 프로그램 등록 방법에 대한 자세한 내용은 ADAP 프로그램(이 문서 뒤표지의 "자료 A"에 기관명과 전화번호가 있음)에 문의하십시오.

6절 질문이 있으신가요?

6.1절 - Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에 문의하기

궁금한 점이 있습니까? 저희가 도와 드리겠습니다. 고객지원팀(1-800-457-4708)(TTY 사용자는 711)에 연락하십시오. 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.

2024년 보장 범위 증명서(내년도 혜택과 비용에 대한 세부 정보 안내) 읽어보기

본 연례 변경 사항 고지문은 2024년 가입자의 혜택 및 비용에 대한 변경 사항을 요약한 것입니다. 자세한 내용은 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 2024년 보장 범위 증명서를 참조하십시오. 이 보장 범위 증명서는 가입자의 플랜 혜택을 상세하게 기술한 법적 문서입니다. 보장 서비스와 처방약을 받기 위해 가입자가 따라야 하는 규칙과 가입자의 권리에 대해 설명합니다. 보장 범위 증명서 사본은 당사 웹사이트([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))에서 확인할 수 있습니다. 또한 고객지원팀으로 연락하여 보장 범위 증명서의 우편 발송을 요청하실 수 있습니다.

웹사이트 방문하기

당사 웹사이트([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))를 방문하실 수도 있습니다. 당사 웹사이트에 최신 네트워크 제공자 정보(제공자 명부) 및 보장 의약품 목록(처방집"/의약품 가이드")이 안내되어 있습니다.

6.2절 - Medicare에 문의하기

Medicare에 직접 문의하시는 방법:

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하기

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

Medicare 웹사이트 방문하기

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오. 이 웹사이트에서 비용과 보장 범위, 품질 등급 등 Medicare 건강 플랜을 비교하는 데 도움이 되는 다양한 정보를 확인할 수 있습니다. 각 플랜에 대한 정보는 www.medicare.gov/plan-compare에서 확인하십시오.

Medicare & You 2024 읽어보기

Medicare & You 2024 핸드북을 읽어보십시오. 이 책자는 매년 가을 Medicare 가입자에게 우편으로 발송됩니다. Medicare의 혜택과 권리 및 보호에 대한 요약 정보와 Medicare 대한 가장 자주 묻는 질문에 대한 답변이 수록되어 있습니다. 이 책자의 사본이 없는 경우에는 Medicare 웹사이트(<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>)에서 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중무휴 하루 24시간 언제든지 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오.

6.3절 - Medicaid에 문의하기

본 문서 뒷면의 "자료 A"에 나와 있는 Apple Health(Medicaid)의 연락처로 전화하여 Medicaid를 통해 정보를 얻을 수 있습니다.

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 뒤표지에 있는 연락처로 고객지원팀에 문의하십시오.

WASHINGTON	
SHIP 기관명 및 연락처	Statewide Health Insurance Benefits Advisors(SHIBA) Office of the Insurance Commissioner PO Box 40255 Olympia, WA 98504-0255 1-800-562-6900(수신자 부담) 1-360-586-0241(TTY) http://www.insurance.wa.gov/shiba
품질 개선 기관	KEPRO 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-305-6759 711(TTY) 1-844-878-7921(팩스)
주 Medicaid 사무소	Apple Health(Medicaid) Cherry Street Plaza 626 8th Avenue SE PO Box 45531 Olympia, WA 98501 1-800-562-3022(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 1-877-376-9316(Washington 주 내) 1-360-664-2216(팩스) 1-360-236-3426 http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/HIVCareClientServices/ADAPandEIP

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 불만이 있는 경우를 제외하고는 가입자는 어떠한 조치도 취하실 필요가 없습니다.

본 개인정보보호 방침은 HIPAA의 Affiliated Covered Entity인 Insurance ACE의 일부인 모든 기관에 적용됩니다. ACE는 HIPAA의 목적을 위해 자체적으로 단일 적용 대상 기관이라고 지정 및 제휴한, 법적으로 분리된 적용 대상 기관들을 말합니다. ACE 회원 전체 목록은 <https://humana/insuranceace>에서 확인할 수 있습니다.

당사는 법이 허용하는 한에서 개인정보보호 방침 및 본 고지의 조항을 언제든지 수정할 수 있습니다. 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 개인정보 및 건강정보란 무엇입니까?

비공개 개인정보 또는 건강정보에는 가입자의 이름, 주소, 전화번호, 사회보장번호, 계좌 번호, 지불 정보, 인구통계학 정보 같은 의료정보와 개인정보가 모두 포함됩니다. 이 고지에서 "정보"라는 용어에는 모든 개인정보와 건강정보가 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.

가입자 정보를 어떻게 수집합니까?

당사는 가입자가 신청서와 기타 양식을 작성할 때 제공한 가입자 및 가입자의 가족에 관한 정보를 수집합니다. 또한 가입자가 당사, 당사의 계열사 또는 기타 기관과 소통하면서 제공한 정보도 수집합니다. 예를 들어, 당사는 담당의 또는 병원과 같은 의료 시스템 참여 기관뿐 아니라 가입자의 고용주 또는 플랜 어드민, 신용 부서 및 의료 정보 부서로부터 가입자에 대한 정보를 받을 수 있습니다.

가입자에 관한 어떤 정보를 수신합니까?

당사가 수신하는 정보에는 가입자의 이름, 주소, 전화번호, 생년월일, 사회보장번호, 보험료 결제 기록 및 당사 웹사이트에서의 활동 등이 있습니다. 여기에는 의료 혜택 플랜, 건강 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. 당사는 다음을 포함한 다양한 방법으로 가입자의 정보를 보호하기 위한 행정적, 기술적 및 실제적 보호 조치를 이행합니다.

- 가입자 정보를 열람할 수 있는 사람을 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(Secretary of the Department of Health and Human Services)

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 제공자에게 공개할 수 있습니다.

- 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 등을 포함한 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 수행할 수 있도록 가입자의 플랜 스폰서에게 공개할 수 있습니다. 당사는 특정 상황에서 가입자에 대한 요약 수준의 건강정보를 가입자의 플랜 스폰서와 공유할 수 있습니다. 예를 들어 가입자의 플랜 스폰서가 다른 건강 플랜에서 입찰을 받을 수 있도록 정보를 공유할 수 있습니다. 가입자의 상세한 건강정보는 가입자의 플랜 스폰서와 공유되지 않습니다. 당사는 가입자의 허가를 요청하거나, 가입자의 플랜 스폰서는 가입자의 개인정보보호 유지를 보증해야 합니다.
- 가입자에게 이익이 될 수 있는 건강 관련 혜택 및 서비스, 진료 예약 알림 또는 치료 대안에 대한 정보를 알려드리기 위해 귀하에게 연락합니다. 연락을 원치 않는다고 밝힐 경우 가입자에게 연락하지 않습니다.
- 응급 상황과 같이 가입자에게 연락을 할 수 없는 경우 가입자가족 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.
- 미국 국세청 입증을 위해 가입자에게 지불 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.
- 가입자의 개인정보 보호를 위해 적절한 조치를 취한 경우에 한해 제한적인 상황에서의 연구 목적.
- 장기, 안구, 조직 등의 확보, 보관 또는 이식 목적.
- 검사관, 감찰의 또는 장의사.

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. 가입자는 서면 통지를 통해 언제라도 허가를 취소할 수 있습니다.

다음과 같은 이용 및 공개 시 가입자의 서면 허가가 필요합니다.

- 대부분의 심리치료 노트의 이용 및 공개
- 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 대한 결정을 내리기 위해 사용될 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 본 개인정보를 가입자 또는 가입자의 지정 대리인에게 제공할 것입니다.
- 불리한 인수 결정 - 당사가 보험 신청을 거절하는 경우 귀하에게는 거부 사유를 알 권리가 있습니다.
- 대체 통신 - 생명을 위협하는 상황을 피하기 위해 다른 방식으로 또는 다른 장소에서 정보를 받을 수 있는 권리가 있습니다. 적절한 경우 당사는 가입자의 요청을 수용합니다.

- 수정 - 가입자는 수정 또는 삭제를 통해 이러한 개인 정보의 수정을 요청할 권리가 있습니다. 가입자의 서면 요청을 받은 날로부터 60일(영업일 기준) 이내에 이의 제기 중인 정보의 수정 또는 삭제 또는 추가 조사 후 정정 거부 사실을 가입자에게 통보합니다. 당사가 이의 제기된 정보의 수정 또는 삭제를 거부하는 경우, 가입자는 이의 제기된 정보에 대한 당사의 평가에 동의하지 않는 이유와 가입자가 올바른 정보라고 생각하는 내용을 서면으로 작성하여 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 사례의 목록을 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 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.

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

개인정보를 보호받지 못했다고 판단되는 경우 어떻게 해야 합니까?

본인의 개인정보가 침해되었다고 생각하는 경우, 언제든지 1-866-861-2762로 연락해 당사에 불만을 제기할 수 있습니다.

또는 불만을 미국 보건복지부 민권 담당국(OCR)에 서면으로 제출할 수도 있습니다. 요청하시면 해당 OCR 지방 사무소 주소를 알려 드리겠습니다. 또한 OCRComplaint@hhs.gov에 이메일로 민원을 제기할 수도 있습니다. 민원을 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

- 당사는 가입자의 보호 대상 건강 정보의 프라이버시와 보안을 유지할 법적 책임이 있습니다.
- 당사는 가입자 정보의 프라이버시 또는 보안이 침해될 수 있는 위반이 발생하는 경우 이를 가입자에게 즉시 알릴 것입니다.
- 당사는 본 고지에 설명된 의무 및 개인정보보호 방침을 준수하고 그 사본을 가입자에게 제공해야 합니다.
- 당사는 가입자가 서면으로 당사에 가입자의 정보 사용을 허가하지 않는 한, 가입자의 정보를 여기에 설명된 것 이외의 용도로 사용하거나 공유하지 않습니다. 당사에 정보 사용을 허가하는 경우에도 마음이 바뀌는 경우에는 언제든지 당사에 다시 서면으로 알려주시기 바랍니다.

당사는 본 고지의 약관을 변경할 수 있으며 변경 사항은 당사가 가입자에 대해 보유한 모든 정보에 적용됩니다.

새 고지는 요청 시, 당사 사무실에서 그리고 당사 웹사이트에서 이용할 수 있습니다.

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 전화(1-866-861-2762)
- 당사 웹사이트인 **Humana.com**을 방문하여 개인정보보호 정책 링크로 이동
- 신청서를 작성하여 아래 주소로 보내기

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

중요

Humana에서는 여러분이 공정한 대우를 받는 것을 중요하게 여깁니다.

Humana Inc. 및 그 자회사는 인종, 피부색, 출신국, 나이, 장애, 성별, 성 지향성, 젠더, 성적 정체성, 혈통, 민족성, 결혼 여부, 종교 또는 언어를 이유로 사람을 차별하거나 배척하지 않습니다. 차별은 법에 저촉되는 행위입니다. Humana 및 그 자회사는 적용되는 연방 민권법을 준수합니다. Humana 또는 그 자회사로부터 차별을 받았다고 여기는 경우, 다음과 같은 방법으로 도움을 얻을 수 있습니다.

- 다음 주소로 민원을 제기할 수 있습니다.
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618.
고충을 제기하는 데 도움이 필요한 경우 **1-877-320-1235**로 전화하거나 TTY를 사용하는 경우 **711**로 전화해 주십시오.
- 또한 **U.S. Department of Health and Human Services(미국 보건복지부)**, Office for Civil Rights(민권 담당국) 민원 포털(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)을 통해 전자적으로 민원을 제기하거나 **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697(TDD)**에 우편 또는 전화로 민원을 제기할 수도 있습니다. 민원 양식은 <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 확인할 수 있습니다.
- **California 거주자:** California 보험국 수신자 부담 핫라인 번호 **1-800-927-HELP(4357)**로 전화하여 고충을 제기할 수 있습니다.

보조 지원 및 서비스를 무료로 제공해 드립니다.
1-877-320-1235(TTY: 711)

Humana에서는 장애를 가진 분들과 동등한 참여 기회를 보장하기 위해 필요한 경우 자격을 갖춘 수화 통역사, 원격 화상 통역 및 그 외 형식의 서면 정보를 포함한 보조 지원 및 서비스를 무료로 제공합니다.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

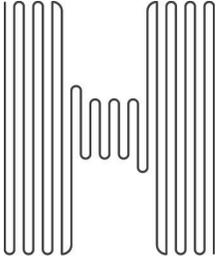
Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

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

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

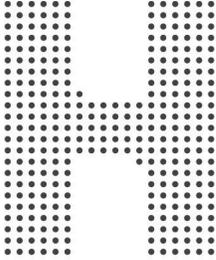
Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

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



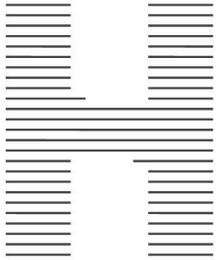
이러한 2024년 플랜 문서는 2023년 10월 15일부터 **Humana.com/PlanDocuments**에서 확인할 수 있습니다. 여기에서 가입하신 플랜에 대한 최신 정보를 확인할 수 있습니다. 간단한 검색으로 원하는 정보를 빠르게 찾아보시기 바랍니다.

- 보장 범위 증명서: 가입하신 플랜의 세부 내용, 혜택 및 비용을 확인해 보세요.
- 의약품 목록: 보험 혜택이 적용되는 의약품 목록을 검토해 보세요.
- 제공자 명부: 플랜의 네트워크에 속한 의료 제공자 목록을 확인해 보세요.

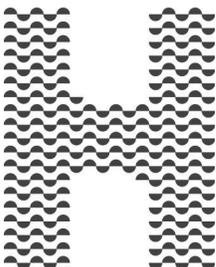
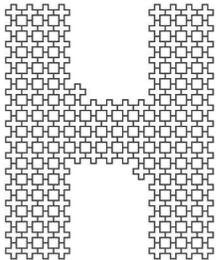


당사는 언제나 귀하를 지원해 드릴 준비가 되어 있습니다. 이같은 온라인 도구를 사용하는 데 도움이 필요하신 경우에는 Humana 가입자 ID 카드 뒷면에 안내된 전화번호로 도움을 요청하시기 바랍니다.

이러한 문서 사본을 우편으로 받으시려면 상기 웹사이트에서 온라인으로 신청하거나 자동 응답 시스템 전화 **1-800-457-4708 (TTY: 711)**로 24시간 연중무휴 연락하시기 바랍니다. 전화하시기 전에 Humana 가입자 ID 카드를 준비하십시오. 자동 응답 시스템이 전화한 이유를 물으면 "Evidence of Coverage(보장 범위 증명서)", "Drug List (의약품 목록)" 및/또는 "Provider Directory(제공자 명부)"라고 말하시면 됩니다. 우편물을 수령하는 데 최대 2주가 걸릴 수 있습니다.



당사는 Humana 가입자이신 귀하에게 다른 보험 관련 상품 안내를 위해 전화를 드릴 수 있습니다. 이러한 전화 연락을 받고 싶지 않으신 경우에는 가입자 ID 카드 뒷면에 안내된 고객지원팀에 전화를 걸어 거부 의사를 밝혀주시기 바랍니다.



Humana Inc.

PO Box 14168

Lexington, KY 40512-4168



H5619136001ANOCKO24

Medicare Advantage 및 처방약 플랜의
변경 사항에 대한 중요한 정보



꼭 읽어보십시오

2024년 1월 1일 발효되는 가입자의 **Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)**에 대한 요약 정보가 안내되어 있습니다.

Humana®

Humana.com
1-800-457-4708(TTY: 711)