

2024년 보장 범위 증명서

Humana®

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에 가입해 주셔서 감사합니다. 저희는 가입자 여러분을 소중히 여기며 가입자가 원하는 최상의 건강 상태를 유지할 수 있도록 최선을 다하고 있습니다.

이 보장 범위 증명서에는 가입자의 플랜에 대한 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 이 책자는 가입자의 혜택과 비용에 대한 완전한 법적 설명이 포함된, 매우 상세히 기술된 문서입니다. 플랜 연도 동안 참조할 수 있도록 이 문서를 보관해야 합니다.

Humana는 귀하의 웰빙을 소중하게 생각합니다

당사는 앞으로도 계속 귀하의 건강 파트너로 활동할 수 있기를 바랍니다. 궁금한 점이 있으시면 언제든지 문의해 주십시오. 친절히 도와 드리겠습니다.

2024 보장 범위 증명서

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

Whatcom 및 Skagit 카운티
Washington 주의 선별 카운티

Humana®

2024년 1월 1일~12월 31일

보장 범위 증명서:

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 가입자가 받는 Medicare 의료 혜택과 서비스 및 처방약 보장

이 문서에는 2024년 1월 1일~12월 31일까지 가입자가 받는 Medicare 의료 및 처방약 보장에 관한 자세한 정보가 나와 있습니다. **이 책자는 중요한 법률 문서입니다. 안전한 장소에 보관하십시오.**

이 문서에 대한 질문은 고객지원팀(1-800-457-4708)으로 문의하십시오(TTY 사용자는 711 이용). 운영 시간은 10월 1일~3월 31일까지 연중무휴 오전 8시~오후 8시 사이, 4월 1일~9월 30일까지는 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시 사이입니다. 통화료는 무료입니다.

이 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 플랜은 Humana 회사인 Arcadian Health Plan, Inc.에서 제공합니다(이 **보장 범위 증명서**에서 "당사"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).

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 미국 국립의료질평가위원회(NCQA)로부터 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 치료 모델 검토에 바탕을 두고 2026년 12월 31일까지 특수 요구 플랜(SNP)으로 운영됨을 승인받았습니다.

이 문서는 스페인어로 무료로 제공됩니다.

이 정보는 점자, 큰 글씨 및 오디오 등 다른 형식으로도 제공됩니다. 다른 형식의 플랜 정보가 필요하신 경우, 위 번호로 고객지원팀에 연락해 주십시오.

혜택, 보험료, 공제금 및/또는 공동 부담금/공동 보험비용은 2025년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

처방집, 약국 네트워크 및/또는 네트워크 제공자는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요한 경우 통지를 받으시게 됩니다. 영향을 받는 가입자에게 최소 30일 전에 변경 사항을 알릴 것입니다.

이 문서에서는 귀하의 혜택 및 권리에 대해 설명합니다. 이 문서를 통해 다음에 대해 이해할 수 있습니다.

- 플랜 보험료 및 비용 부담금
- 의료 및 처방약 혜택
- 서비스 또는 치료에 만족하지 않을 경우 민원을 제기하는 방법
- 추가 지원이 필요한 경우 연락 방법
- Medicare 법에서 요구하는 기타 보호.

H5619_EOC_MAPD_HMO_136003_2024_KO_C

2024년 보장 범위 증명서 목차

1장:	가입자로 시작하기.....9
1절	서문 10
2절	플랜 가입자가 되려면 어떤 자격이 필요합니까? 11
3절	가입자에게 제공되는 중요한 자료 12
4절	Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 월 비용 14
5절	월 보험료에 대한 자세한 정보 17
6절	플랜 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하기 19
7절	다른 보험이 당사의 플랜과 함께 어떻게 작용합니까?..... 20
2장:	주요 전화번호 및 참고자료.....21
1절	Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 연락처(고객지원팀 연락 방법 등 당사 문의 방법) 22
2절	Medicare (연방 Medicare 프로그램에서 직접 도움말 및 정보를 얻는 방법) 25
3절	주 건강 보험 지원 프로그램(무료 도움말, 정보 및 Medicare 관련 질문에 대한 답변) 26
4절	품질 개선 기관(QIO) 27
5절	사회보장국..... 27
6절	Medicaid 28
7절	처방약 비용 부담을 줄여주는 지원 프로그램에 대한 정보..... 29
8절	철도 퇴직 위원회에 문의하는 방법 31
9절	단체보험 또는 고용주가 제공하는 기타 건강 보험에 가입되어 있습니까?..... 31
3장:	플랜을 통해 의료 서비스 이용하기.....32
1절	당사 플랜의 가입자로서 의료 서비스를 받을 때 알아야 할 사항..... 33
2절	플랜의 네트워크 제공자를 이용하여 의료 서비스 받기 34
3절	응급 상황 또는 긴급 치료가 필요하거나 재해 발생 시 서비스를 받는 방법 38
4절	서비스의 전체 비용을 직접 청구받은 경우 어떻게 해야 합니까?..... 40
5절	가입자가 임상 연구에 참여할 때 의료 서비스를 어떻게 보장합니까? 40
6절	종교적인 비의료 건강 관리 기관에서 제공하는 서비스 관련 규정 42
7절	내구성 의료 장비의 소유권 규정 42
4장:	의료 혜택 차트(보장 내용).....44
1절	보장 서비스 이해..... 45
2절	의료 혜택 차트를 이용한 적용 대상 확인 46
3절	Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 외 보장되는 서비스는 무엇입니까?..... 82
4절	어떤 서비스가 플랜의 보장 대상에서 제외됩니까?..... 82

목차

5장:	파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용.....	88
1절	서문.....	89
2절	네트워크 약국 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통한 처방약 조제.....	89
3절	가입자의 약이 플랜의 "의약품 가이드"에 포함되어야 합니다.....	93
4절	일부 약에 대한 보장에 제한이 있습니다.....	94
5절	이용하는 약 중 하나가 귀하가 원하는 대로 보장되지 않는 경우 어떻게 해야 합니까?.....	96
6절	의약품의 보장 범위가 변경되면 어떻게 됩니까?.....	98
7절	어떤 유형의 약이 플랜에서 보장되지 <i>않습니까</i> ?.....	100
8절	처방약 조제.....	101
9절	특수 상황에서 파트 D 약품 보장.....	102
10절	약 안전 및 의약품 관리에 관한 프로그램.....	103
6장:	파트 D 처방약에 대한 가입자의 지불 내용.....	105
1절	서문.....	106
2절	약에 대해 지불하는 금액은 약을 받을 때 어느 약 지불 단계에 있는지 여부에 따라 달라집니다.....	108
3절	당사는 귀하의 약에 대한 지불과 귀하가 어느 지불 단계에 있는지 설명하는 보고서를 보냅니다.....	108
4절	공제금 단계에서는 약의 전체 비용을 지불합니다.....	110
5절	초기 보장 혜택 기간 중 플랜은 약비용의 분담금을 지불하고 귀하는 귀하의 부담금을 지불합니다.....	110
6절	보장 공백 단계의 비용.....	112
7절	재해 보상 범위 단계에서 플랜은 귀하의 보장 파트 D 약품에 대한 전체 비용을 지불합니다.....	114
8절	추가 혜택 정보.....	114
9절	파트 D 백신 백신 접종에 대한 귀하의 지불액은 백신 접종의 방법과 장소에 따라 다릅니다.....	114
7장:	보장 의료 서비스 또는 의약품 청구서에 대한 분담 요청.....	116
1절	귀하가 보장 서비스 또는 약비용 분담금 지불을 요청해야 하는 경우.....	117
2절	환급 요청 방법 또는 이미 수령한 청구서 지불을 요청하는 방법.....	119
3절	지불 요청서를 검토해 승인 여부를 알려드립니다.....	119
8장:	가입자의 권리와 의무.....	121
1절	당사의 플랜은 플랜 가입자인 귀하의 권리와 문화적 감수성을 존중해야 합니다.....	122
2절	귀하는 플랜 가입자로서의 책임이 있습니다.....	130
9장:	문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법.....	132
1절	서문.....	133
2절	추가 정보 및 맞춤형 지원을 받을 수 있는 위치.....	133
3절	문제를 해결하기 위해 어떤 절차를 사용해야 합니까?.....	134

목차

4절	Medicare 혜택에 대한 문제 처리	135
5절	보장 결정 및 이의 제기의 기본 사항에 대한 안내	135
6절	의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하는 방법	138
7절	파트 D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하는 방법	144
8절	너무 빨리 퇴원한다고 생각될 경우 연장된 입원 기간 동안의 보장을 요청하는 방법	152
9절	귀하의 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각되는 경우 당사에 특정 의료 서비스에 대해 계속 보장을 요청하는 방법	158
10절	레벨 3 이상으로 이의 제기하기	163
11절	의료의 질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 관한 불만 제기 방법	165
12절	Medicaid 혜택에 대한 문제 처리	168
10장:	플랜 멤버십 종료	169
1절	플랜 멤버십 종료 안내	170
2절	플랜 멤버십을 언제 종료할 수 있습니까?	170
3절	플랜 멤버십을 종료하려면 어떻게 해야 합니까?	173
4절	멤버십이 종료될 때까지 당사의 플랜을 통해 의료품, 서비스 및 처방약을 계속 공급받아야 합니다	174
5절	Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 특정한 상황에서 멤버십을 종료해야 합니다	174
11장:	법적 고지	176
1절	준거법에 대한 고지	177
2절	차별 금지에 대한 고지	177
3절	Medicare 2차 지불자 대위권에 관한 고지	177
4절	대위 관련 추가 고지(제3자로부터 회수)	177
5절	혜택 조정 통지	178
12장:	주요 용어 정리	181
자료 A -	주 기관 연락처 정보	192
	가입자가 거주하는 주에서 도움을 받을 수 있는 기관의 명칭과 주소, 전화번호, 기타 연락처 정보가 나와 있습니다.	

1장 가입자로 시작하기

1장: 가입자로 시작하기

1장 가입자로 시작하기**1절 서문****1.1절 전문적인 Medicare Advantage Plan(특수 요구 플랜)인 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에 가입하셨습니다**

Medicare와 Medicaid의 보장을 모두 받습니다.

- **Medicare**는 65세 이상의 고령자, 장애를 가진 65세 미만의 사람, 말기 신장 질환(신부전증) 환자를 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.
- **Medicaid**는 소득과 자원이 제한된 특정 사람들의 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 합작 프로그램입니다. Medicaid 보장은 보유하고 있는 Medicaid의 상태 및 유형에 따라 다릅니다. Medicaid 보유자 중 일부는 Medicare 보험료 및 기타 비용 지불에 도움을 받습니다. 다른 분들은 Medicare가 보장하지 않는 추가 서비스와 의약품에 대한 보장도 받습니다.

귀하는 당사 플랜인 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)을 통해 Medicare 의료 보험 및 처방약 보장을 받도록 선택했습니다. 당사는 파트 A 및 파트 B 서비스를 모두 보장할 의무가 있습니다. 그러나 이 플랜의 비용 부담금 및 제공자 접근은 Original Medicare와 다릅니다.

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 전문 Medicare Advantage Plan(Medicare 특수 요구 플랜)으로, 특별한 의료 서비스가 필요한 분들을 위해 혜택이 설계되었습니다. Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 Medicare를 보유하고 있으며 Apple Health(Medicaid)의 지원 대상자인 분들을 위해 설계되었습니다.

가입자는 Medicaid 파트 A 및 B 비용 부담금(공제금, 공동 부담금 및 공동 보험비용)과 함께 Apple Health(Medicaid)의 지원을 받을 수 있으므로 Medicare 의료 서비스에 대해 비용이 들지 않습니다. Apple Health(Medicaid)는 일반적으로 Medicare가 보장하지 않는 의료 서비스 및 처방약을 보장하여 가입자에게 다른 혜택을 제공할 수도 있습니다. 또한, 가입자는 Medicare 처방약비용의 지불을 위해 Medicare로부터 "부가 지원"도 받습니다. Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 이러한 모든 혜택을 관리하도록 도와주므로 가입자는 본인이 대상자인 의료 서비스 및 납부 지원을 받을 수 있습니다.

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 민영 기업에서 운영하는 플랜입니다. 모든 Medicare Advantage Plans와 마찬가지로 이 Medicare 특수 요구 플랜도 Medicare의 승인을 받았습니다. 이 플랜은 또 Medicaid 혜택을 조정하기 위해 Washington Medicaid 프로그램과 계약을 체결하였습니다. 가입자에게 처방약 보장을 포함하여 Medicare 의료 보장을 제공해 드리게 되어 기쁩니다.

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-Families를 참조하십시오.

1.2절 보장 범위 증명서 문서에서는 어떤 정보가 제공됩니까?

이 **보장 범위 증명서**문서는 Medicare 의료 서비스 및 처방약을 받는 방법을 설명합니다. 또한 귀하의 권리와 책임, 적용되는 사항, 플랜 가입자로서 지불하는 비용, 결정이나 치료에 만족하지 않을 경우 민원을 제기하는 방법에 대해 설명합니다.

보장과 보장 서비스는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 가입자로서 귀하가 제공받는

1장 가입자로 시작하기

의료 서비스 및 서비스, 그리고 처방약을 의미합니다.

플랜의 규칙과 이용 가능한 서비스를 파악하는 것이 중요합니다. 잠시 시간을 내어 이 **보장 범위 증명서** 문서를 살펴볼 것을 권장합니다.

혼동되거나 염려되거나 질문이 있는 경우 고객지원팀에 문의하십시오.

1.3절 보장 범위 증명서에 대한 법적 정보

이 **보장 범위 증명서**는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 의료 서비스 보장과 관련한 당사와 가입자 간 계약의 일부입니다. 본 계약의 다른 부분으로는 가입 양식, **처방약 가이드(처방집)** 및 귀하의 보장에 영향을 미치는 보장 또는 조건 관련 변경 사항에 대해 당사로부터 받은 모든 고지 사항이 있습니다. 이러한 공지를 **부칙** 또는 **수정 사항**이라고 합니다.

이 계약은 2024년 1월 1일~2024년 12월 31일까지 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에 가입한 개월 수 동안 유효합니다.

Medicare는 당사가 제공하는 플랜을 매년 변경하는 것을 허용합니다. 이는 2024년 12월 31일 이후 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 비용과 혜택을 변경할 수 있음을 의미합니다. 또한, 2024년 12월 31일 이후 당사는 귀하의 서비스 지역에 플랜을 제공하는 것을 중지하거나 다른 서비스 지역에 제공하는 것을 선택할 수도 있습니다.

Medicare(Medicare & Medicaid 서비스 센터)가 매년 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)을 승인해야 합니다. 플랜을 계속 제공하고 Medicare가 플랜의 승인을 갱신하는 한 매년 계속해서 플랜의 가입자로서 Medicare 보장을 받을 수 있습니다.

2절 플랜 가입자가 되려면 어떤 자격이 필요합니까?**2.1절 가입 자격 요건**

다음 요건을 충족하면 가입자가 될 자격을 갖추게 됩니다.

- Medicare 파트 A와 파트 B를 모두 가지고 있습니다
- -- 그리고 -- 당사의 지리적 서비스 지역에 거주합니다(서비스 지역은 아래 2.3절에서 설명합니다). 수감된 개인은 실제로 그 지역 안에 있더라도 서비스 지역에 사는 것으로 간주되지 않습니다.
- -- 그리고 -- 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주 중입니다.
- -- 그리고 -- 아래에 설명된 특별 자격 요건을 충족합니다.

본 플랜을 위한 특별 자격 요건

본 플랜은 Medicaid의 특정 혜택을 받는 분들의 요구를 충족하도록 설계되었습니다(Medicaid는 소득과 자원이 제한된 특정인의 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 정부 합작 프로그램입니다). 본 플랜에 가입할 자격을 갖추려면 Medicare 및 특정 Medicaid 레벨: FBDE, QI, QMB, QMB+, SLMB, SLMB+ 모두에 대해 자격이 있어야 합니다.

참고: 자격을 잃었지만 6개월 이내에 자격 회복이 합리적으로 예상되는 경우, 본 플랜에 대한 가입 자격은

1장 가입자로 시작하기

유지됩니다(가입 자격 유지 간주 기간의 보장 및 비용 분담금은 4장 2.1절에서 설명합니다).

2.2절**Medicaid 소개**

Medicaid는 소득과 자원이 제한된 특정인의 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 정부 합작 프로그램입니다. 소득 및 자원의 기준, 자격 대상자, 보장 서비스, 서비스 비용 등은 각 주에서 결정합니다. 연방 지침을 준수하는 한 프로그램 운영 방식도 각 주에서 결정할 수 있습니다.

전체 혜택 이중 자격(FBDE): Medicare 파트 A 보험료 및/또는 Medicare 파트 B 보험료와 기타 비용 분담금(공제금, 공동 보험비용, 공동 부담금 등)을 일부 지원하고 모든 Medicaid 혜택을 제공합니다.

또한 Medicaid를 통해 제공되는 프로그램에서는 Medicare 보험료와 같은 Medicare 비용을 Medicare를 사용하여 지불할 수 있습니다. 이러한 "Medicare Savings 프로그램"은 제한된 소득과 자원을 가진 분들의 매년 의료 비용 부담을 덜어드리기 위해 마련되었습니다.

- **적격 Medicare 수혜자(QMB):** Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료 및 기타 비용 분담금(공제금, 공동 보험비용, 공동 부담금 등)을 일부 지원해 드립니다(일부 QMB의 경우 Medicaid의 혜택을 전부 받을 수도 있습니다(QMB+)).
- **특정 저소득층 Medicare 수혜자(SLMB):** 파트 B 보험료를 일부 지원해 드립니다(일부 SLMB의 경우 Medicaid의 혜택을 전부 받을 수도 있습니다(SLMB+)).
- **적격 개인(QI):** 파트 B 보험료를 일부 지원해 드립니다.

2.3절**Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 플랜 서비스 지역은 다음과 같습니다.**

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 당사 플랜의 서비스 지역에 거주하는 개인만 이용할 수 있습니다. 플랜의 가입자 상태를 유지하려면 플랜 서비스 지역에 계속 거주해야 합니다. 서비스 지역은 아래에 설명되어 있습니다.

Washington 주에서 당사의 서비스 지역에는 다음 카운티가 포함됩니다. Skagit, Whatcom 카운티, WA.

서비스 지역 밖으로 이사할 계획이라면 이 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 있습니다. 고객지원팀에 문의하여 새 지역에 플랜이 있는지 확인하십시오. 이사할 때 Original Medicare로 전환하거나 새 위치에서 이용할 수 있는 Medicare 건강 또는 의약품 플랜에 가입할 수 있는 특별 가입 기간이 제공됩니다.

또한 이사하거나 우편 주소를 변경할 경우 사회보장국에 전화하는 것이 중요합니다. 2장 5절에서 사회보장국의 전화번호와 연락처 정보를 확인할 수 있습니다.

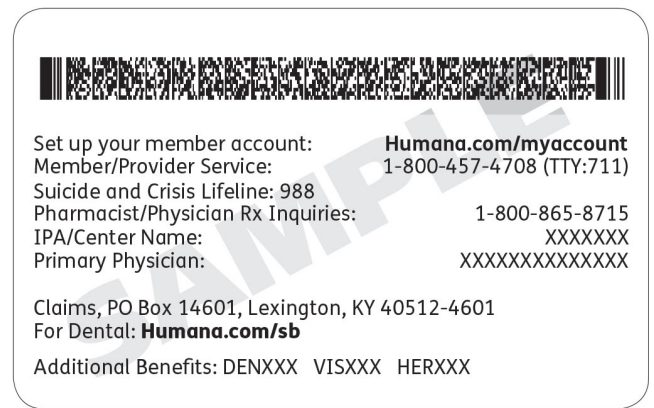
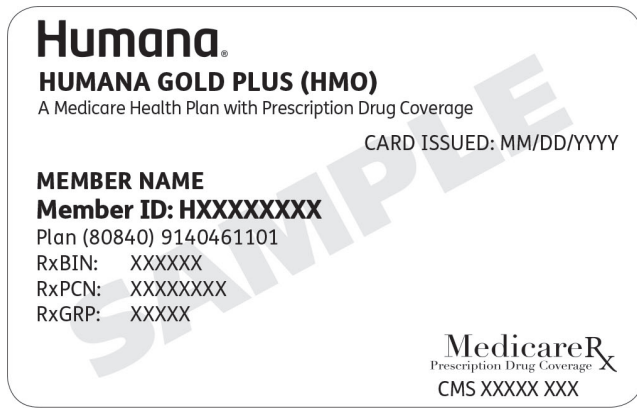
2.4절**미국 시민 또는 합법적 거주**

Medicare 건강 플랜의 가입자는 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주해야 합니다. 가입자가 이 기준에 따라 가입자의 자격을 유지할 수 없게 되면 Medicare(Medicare & Medicaid 서비스 센터)는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에 이를 통지합니다. 이 요건을 충족하지 못할 경우 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 가입자를 탈퇴 처리해야 합니다.

3절**가입자에게 제공되는 중요한 자료**

1장 가입자로 시작하기**3.1절 플랜 가입자 카드**

가입자로 있는 동안, 본 플랜이 보장하는 서비스를 이용하고 네트워크 약국에서 처방약을 구입할 때마다 가입자 카드를 사용해야 합니다. 또한 제공자에게 Apple Health(Medicaid) 카드를 제시해야 합니다. 가입자의 이해를 돕기 위한 가입자 카드 샘플입니다.



본 플랜에 가입되어 있는 동안에는 보장 의료 서비스에 빨간색, 흰색 및 파란색 Medicare 카드를 사용하지 마십시오. Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 가입자 카드 대신 Medicare 카드를 사용하는 경우, 의료 서비스 비용 전액을 직접 지불해야 할 수도 있습니다. Medicare 카드는 안전한 장소에 보관하십시오. 병원 서비스, 호스피스 서비스가 필요하거나 임상 시험이라고도 하는 Medicare 승인 임상 연구에 참여 중인 경우 이에 대한 질문을 받게 될 수 있습니다.

플랜 가입자 카드가 손상, 분실 또는 도난된 경우, 즉시 고객지원팀에 전화해 주시면 카드를 새로 발급해 드립니다.

귀하에게 추가 보장이 있을 수 있음을 제공자가 알 수 있도록 반드시 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 가입자 카드와 Apple Health(Medicaid) ID 카드를 함께 제시해 주십시오.

3.2절 제공자 명부

제공자 명부에는 최신 네트워크 제공자, 내구성 의료 장비 공급업체 및 약국이 포함되어 있습니다.

네트워크 제공자는 당사의 지불과 모든 플랜 비용 부담금을 전액 지불로 수락하는 것에 동의한 의사와 다른 의료 전문가, 의료 그룹, 내구성 의료 장비 공급자, 병원 및 다른 의료 시설을 의미합니다.

의료 서비스를 받으려면 네트워크 제공자를 이용해야 합니다. 적절한 허가 없이 다른 곳에 가는 경우 전액 지불해야 합니다. 단, 응급 상황, 네트워크 이용 불가 시 긴급하게 필요한 서비스(즉, 네트워크 내 서비스를 이용하는 것이 어렵거나 불가능한 경우), 지역 외 투석 서비스 및 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)이 네트워크 외 제공자의 이용을 승인하는 경우는 예외입니다.

다수의 본 플랜 네트워크 제공자도 Medicaid 인증을 받았습니다. Apple Health(Medicaid)에도 참여하고 있는 플랜 네트워크 제공자를 알아 보려면 **제공자 명부**를 참조하십시오. 가입자는 본인의 플랜 서비스에 대해 Medicaid 인증 제공자로만 제한되지 않습니다.

네트워크 약국은 플랜 가입자에 대해 보장 처방약을 조제하는 데 동의한 모든 약국입니다. **제공자 명부**를 사용하여 이용하려는 네트워크 약국을 찾을 수 있습니다. 플랜의 네트워크에 없는 약국을 사용할 수 있는

1장 가입자로 시작하기

경우에 대한 정보는 5장 2.5절을 참조하십시오.

제공자 명부 사본이 없는 경우 고객지원팀에 (전자 방식이나 하드 카피 양식으로) 사본을 요청할 수 있습니다. 하드 카피 제공자 명부 요청은 영업일 기준 3일 이내에 우편으로 발송됩니다. 당사 웹사이트 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)에서 이 정보를 확인하실 수도 있습니다. 웹사이트는 네트워크 제공자 및 약국 변경에 대한 최신 정보를 제공합니다.

3.3절 플랜의 처방약 가이드(처방집)

이 플랜에는 *처방약 가이드(처방집)*가 포함되어 있습니다. 당사는 이것을 줄여서 "의약품 가이드"라고 부릅니다. 이 가이드는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에 포함된 파트 D 혜택에서 어떤 파트 D 처방약이 보장되는지 알려줍니다. 이 목록에 있는 의약품은 의사 및 약사팀의 도움을 받아 플랜에 포함된 것입니다. 목록은 Medicare에서 지정한 요건을 충족해야 합니다. Medicare는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) "의약품 가이드"를 승인했습니다.

"의약품 가이드"는 또한 약에 대한 보장을 제한하는 규칙이 있는지 알려줍니다.

"의약품 가이드" 사본을 제공해 드립니다. 당사가 가입자에게 제공하는 "의약품 가이드"는 가입자가 가장 일반적으로 사용하는 보장 약에 대한 정보를 포함합니다. 그러나 당사는 제공된 "의약품 가이드"에 포함되지 않은 추가 약에 대해서도 보장합니다. 가입자가 복용하는 약 중에 "의약품 가이드"에 포함되지 않는 약이 있을 경우 당사 웹사이트를 방문하거나 고객지원팀에 연락하여 해당 약에 대한 보장 여부를 확인해야 합니다. 어떤 약이 보장되는지에 대해 가장 완전한 최신 정보를 얻으려면 플랜의 웹사이트 ([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))를 방문하거나 고객지원팀에 연락해 주십시오.

4절 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 월 비용

비용은 다음을 포함할 수 있습니다.

- 플랜 보험료(4.1절)
- 월 Medicare 파트 B 보험료(4.2절)
- 파트 D 지연 가입 가산금(4.3절)
- 소득 비례 월납 조정금(4.4절)

일부 상황에서는 플랜 보험료가 감소할 수 있습니다

"부가 지원" 프로그램은 자원이 제한된 사람들이 약 비용을 지불하는 것을 도와줍니다. 2장 7절에서 본 프로그램에 대해 자세히 설명합니다. 자격을 갖춘 경우 프로그램에 가입하여 월 플랜 보험료를 낮출 수 있습니다.

이미 가입하여이 프로그램에서 도움을 받은 경우, **이 보장 범위 증명서에 있는 보험료 정보가 적용되지 않을 수 있습니다.**

가입자의 소득에 따라 Medicare 파트 B와 파트 D의 보험료가 달라집니다. 이러한 보험료에 대한 질문이 있는 경우 Medicare & You 2024 핸드북의 2024 Medicare 비용절을 참조하십시오. 사본이 필요한 경우 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 통해 다운로드할 수 있습니다. 또는 연중무휴 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하여 인쇄본을 주문할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오.

1장 가입자로 시작하기**4.1절 플랜 보험료**

가입자는 플랜의 가입자로서 월 보험료를 지불합니다. Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 2024년도 월 보험료는 귀하가 Medicare로부터 받는 "부가 지원" 금액에 따라 \$0 또는 최대 \$35입니다.

4.2절 Medicare 파트 B 월 보험료

많은 가입자가 다른 Medicare 보험료를 지불해야 합니다.

월 보험료 지불 외에도 일부 가입자는 다른 Medicare 보험료를 지불해야 합니다. 위의 2절에 설명된 대로, 플랜 가입 자격을 갖추려면 Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B를 모두 보유할 뿐만 아니라 Apple Health(Medicaid)에 대한 자격도 유지해야 합니다. 대부분의 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 가입자의 경우, Apple Health(Medicaid)가 파트 A 보험료(파트 A 보험료에 대한 자격이 자동으로 상실된 경우)와 파트 B 보험료를 지불합니다.

Apple Health(Medicaid)에서 가입자를 위해 Medicare 보험료를 지불하지 않는 경우, 플랜 가입자 자격을 유지하려면 Medicare 보험료를 계속 지불해야 합니다. 여기에는 파트 B에 대한 보험료가 포함됩니다. 또한 무료 파트 A 자격을 충족하지 않는 가입자에 해당하는 파트 A 보험료를 포함할 수 있습니다.

4.3절 파트 D 지연 가입 가산금

이중 자격을 유지하고 있기 때문에 이중 자격을 갖는 한 LEP가 귀하에게 적용되지 않지만 이중 자격을 상실하면 LEP가 발생할 수 있습니다. 파트 D 지연 가입 가산금은 초기 가입 기간이 지나고 파트 D 또는 기타 신뢰할 수 있는 처방약 보장이 없는 기간이 연속적으로 63일 이상 지속된 경우 파트 D 보장에 대해 지불해야 하는 추가 보험료입니다. 신뢰할 수 있는 처방약 보장은 Medicare의 최소 표준 처방약 보장에 대한 평균 비용을 지불하기 때문에 Medicare의 최소 표준을 충족하는 보장입니다. 지연 가입 가산금은 파트 D 또는 기타 신뢰할 수 있는 처방약 보장을 받지 않았던 기간에 따라 달라집니다. 파트 D 보장을 받는 한 이러한 가산금을 납부해야 합니다.

다음과 같은 경우 지불할 필요가 없습니다.

- 처방약 지불을 위해 Medicare로부터 "부가 지원"을 받은 경우
- 신뢰할 수 있는 보장 없는 기간이 63일이 안 된 경우
- 전직 고용주, 노동조합, TRICARE 또는 재향군인회의 등과 같은 다른 출처를 통해 신뢰할 수 있는 의약품 보장을 받은 경우 가입자의 의약품 보장이 신뢰할 수 있는 보장일 경우 가입자의 보험사 또는 인사부에서 매년 가입자에게 해당 사실을 알려주게 됩니다. 이 정보는 서신으로 발송되거나 플랜의 뉴스레터에 포함될 수 있습니다. 추후 Medicare 의약품 플랜에 가입할 경우 필요할 수 있으므로 이 정보를 보관하십시오.
- **참고:** 모든 통지에는 가입자가 Medicare의 표준 처방약 플랜이 지불하는 만큼 지불될 것으로 예상되는 신뢰할 수 있는 처방약 보장을 받았다는 사실이 명시되어야 합니다.
- **참고:** 처방약 할인 카드, 무료 클리닉 및 의약품 할인 웹사이트는 신뢰할 수 있는 처방약 보장에 속하지 않습니다.

1장 가입자로 시작하기

Medicare가 가산금의 금액을 결정합니다. 운용 방식은 다음과 같습니다.

- 먼저, 가입자에게 가입 자격이 생긴 후 Medicare 의약품 플랜 가입이 지연된 전체 개월 수를 계산합니다. 또는 보장 중단 기간이 63일 이상인 경우, 신뢰할 수 있는 처방약 보장을 받지 않았던 전체 개월 수를 계산합니다. 가산금은 신뢰할 수 있는 보장을 받지 않았던 각각의 달에 1%입니다. 예를 들어, 보장 없이 14개월이 경과할 경우 가산금은 14%가 됩니다.
- 그런 다음 Medicare는 전년도 Medicare 약 플랜의 국내 월평균 보험료를 산출합니다. 2024년의 경우, 이 평균 보험료 금액은 **\$34.70**입니다.
- 월별 가산금을 계산하려면 가산금 비율에 월평균 보험료를 곱한 다음 가장 가까운 10센트로 반올림합니다. 이 사례에서 14%에 **\$34.70**를 곱한 값은 **\$4.86**입니다. 근사값은 **\$4.90**입니다. 이 금액은 **파트 D 지연 가입 가산금**이 부과되는 사람의 월 보험료에 추가됩니다.

이러한 월별 파트 D 지연 가입 가산금에 대해 주의해야 할 중요한 사항이 세 가지 있습니다.

- 첫째, 월평균 보험료가 매년 변경될 수 있으므로 **가산금은 매년 변경될 수 있습니다.**
- 둘째, 플랜을 변경하더라도 Medicare 파트 D 약품 혜택을 제공하는 플랜에 가입한 경우 매달 **가산금을 계속 지불하게 됩니다.**
- 셋째, 65세 미만이고 현재 Medicare 혜택을 받고 있는 경우 파트 D 지연 가입 가산금은 65세가 되면 재설정됩니다. 65세 이후에는 파트 D 지연 가입 가산금이 Medicare 대상 연령이 되는 초기 가입 기간 이후 보장을 받지 않았던 달에만 적용됩니다.

파트 D 지연 가입 가산금에 대해 동의하지 않을 경우 가입자 또는 가입자의 대리인은 검토를 요청할 수 있습니다. 일반적으로 지연 가입 가산금의 부과를 알리는 최초의 서신 수령일로부터 **60일 이내**에 이 검토를 요청해야 합니다. 그러나 플랜 가입 전에 가산금을 지불하고 있었다면 해당 지연 가입 가산금의 검토를 요청할 수 있는 기회가 없을 수도 있습니다.

중요: 지연 가입 가산금에 대한 결정을 검토하는 동안 파트 D 지연 가입 가산금의 납부를 중단하지 마십시오. 중단할 경우 보험료 미납을 이유로 탈퇴 처리될 수 있습니다.

4.4절**소득 비례 월납 조정금**

일부 가입자는 IRMAA라고도 하는 파트 D 소득 비례 월납 조정금이라는 추가 요금을 지불해야 할 수 있습니다. 추가 요금은 2년 전부터 IRS 세금 환급에 보고된 수정된 조정 총소득을 사용하여 계산됩니다. 이 금액이 특정 금액을 초과하는 경우 표준 보험료 금액 및 추가 IRMAA를 지불합니다. 소득에 따라 지불해야 할 추가 금액에 대한 자세한 내용은 <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>에서 확인하실 수 있습니다.

추가 금액을 지불해야 하는 경우, Medicare 플랜이 아닌 사회보장국에서 추가 금액이 어느 정도 될지 알려주는 서신을 보내드립니다. 월 연금이 부과된 추가 금액을 충당할 만큼 충분하지 않은 경우를 제외하고, 일반적으로 플랜 보험료를 지불하는 방식과 상관없이 사회보장국, 철도 퇴직 위원회, 또는 인사관리국 연금에서 추가 금액을 공제하게 됩니다. 추가 금액을 충당할 수 있을 만큼 연금이 충분하지 않으면 Medicare에서 청구서를 받을 수 있습니다. **추가 금액을 정부에 지불해야 합니다. 월 플랜 보험료로는 결제할 수 없습니다. 추가 금액을 지불하지 않을 경우 플랜에서 탈퇴 처리되고 처방약 보장을 상실하게 됩니다.**

추가 금액을 지불하는 것에 동의하지 않는 경우 사회보장국에 이 결정을 검토하도록 요청할 수 있습니다. 요청 방법에 대한 자세한 내용을 알아보시려면 사회보장국 1-800-772-1213(TTY 1-800-325-0778)으로 연락해 주십시오.

1장 가입자로 시작하기**5절 월 보험료에 대한 자세한 정보****5.1절 월 보험료를 지불하는 방법은 여러 가지가 있습니다**

월 보험료를 지불하는 방법은 네 가지가 있습니다

가입 시 하나를 선택하라는 요청을 받게 되지만 언제든지 지불 방법을 변경할 수 있습니다. 네 가지 옵션은 다음과 같습니다.

- 수표 지불
- 은행 계좌 또는 신용 카드 자동 지불 설정
- 철도 퇴직 위원회 연금 자동 지불 설정
- 사회보장연금 자동 지불 설정

지불 옵션을 변경하려면 고객지원팀에 1-800-457-4708(TTY: 711)로 연락해 주십시오. 자동 납부 옵션을 선택하는 경우 **Humana.com/pay**에서 사용자 이름과 비밀번호로 로그인할 수도 있습니다(처음 로그인하는 경우 MyHumana에서 Register(등록하기)를 클릭하고 화면의 지침을 따릅니다).

보험료 지불 방식을 변경하기로 한 경우, 새 지불 방법이 적용되려면 최대 3개월이 걸릴 수 있습니다. 새 지불 방법에 대한 요청을 처리하는 동안 가입자는 보험료를 적시에 지불할 책임이 있습니다.

옵션 1: 수표 지불

Humana 쿠폰북을 사용하여 수표로 지불할 수 있습니다. 플랜 발효일 이전 또는 무렵에 우편으로 발송됩니다. 이 옵션을 선택하면 보험료는 항상 당월 1일에 청구됩니다.

결제 처리에 지연이 없도록 다음 단계를 따르십시오.

- 수표를 Humana 앞으로 발행합니다. 당좌 예금 계좌가 없는 경우에는 우편환(money order)을 이용할 수도 있습니다.
- 항상 지불금과 함께 쿠폰을 동봉하여 쿠폰에 기재된 주소로 보내주십시오.
- 수표에 Humana 계정 번호를 기입하십시오. 쿠폰 왼쪽 상단에서 계정 번호를 확인할 수 있습니다.
- 여러 가입자 또는 계정에 대해 지불하는 경우 수표에 모든 계정 번호와 각 계정의 지불 금액을 기입합니다.
- 다른 사람이 대신 지불하는 경우 가입자의 이름과 Humana 계정 번호가 수표에 기입되어 있는지 확인하십시오.

한 달분 이상의 보험료를 지불하려면 한 번에 지불하고자 하는 모든 쿠폰을 한 번에 발송하고 총 금액에 대해서 수표를 발행하면 됩니다.

1장 가입자로 시작하기

단, Medicare & Medicaid 서비스 센터 또는 US Department of Health and Human Services(미국 보건복지부) 앞으로 수표를 발행하거나 보내지 마십시오. 이로 인해 지연이 발생하고 보험료가 연체될 수 있습니다.

쿠폰북을 교체해야 하는 경우 고객지원팀 1-800-457-4708, TTY는 711로 연락해 주십시오.

옵션 2: 당좌 또는 보통 예금 계좌에서 자동 지불되도록 설정하거나 신용 카드 또는 직불 카드를 통해 자동 지불되도록 설정할 수 있습니다

월 보험료가 당좌 또는 보통 예금 계좌에서 자동으로 인출되도록 하거나 신용 카드 또는 직불 카드로 자동 청구되도록 할 수 있습니다. 이러한 플랜 보험료 지불 방법에 관한 자세한 내용은 고객지원팀에 문의하거나, **Humana.com/pay**에서 MyHumana에 로그인하여 은행 계좌 또는 신용 카드로 자동 지불되도록 설정할 수 있습니다

이 옵션을 선택하면, 당사는 매달 2~7일 사이에 보험료를 가입자의 은행 계좌에서 인출하거나 가입자의 카드로 청구합니다.

옵션 3: 가입자의 철도 퇴직 위원회 월별 수표에서 보험료가 차감되도록 하기

가입자의 철도 퇴직 위원회 월별 수표에서 플랜 보험료가 차감되도록 할 수 있습니다. 이러한 플랜 보험료 지불 방법에 관한 자세한 내용은 고객지원팀에 문의하십시오. 설정하는 데 도움이 필요하시면 언제든지 연락해 주십시오. 친절히 설명해 드리겠습니다

이 옵션 또는 아래의 옵션 4를 선택하면 보험료 공제가 발생하기 전에 1~3회의 급여 확인이 경과되고, 이 기간 동안 초기 공제에 총 보험료 금액이 포함됩니다. 또한 **Humana.com/pay**에서 MyHumana에 로그인하여 RRB 또는 SSA 지불 옵션을 설정할 수 있습니다.

옵션 4: 가입자의 사회보장연금에서 보험료가 매월 차감되도록 설정하기

가입자의 사회보장연금에서 플랜 보험료가 매월 차감되도록 설정할 수 있습니다 이러한 플랜 보험료 지불 방법에 관한 자세한 내용은 고객지원팀에 문의하거나, **Humana.com/pay**에서 MyHumana에 로그인하여 SSA 지불 옵션을 설정할 수 있습니다. 설정하는 데 도움이 필요하시면 언제든지 연락해 주십시오. 친절히 설명해 드리겠습니다

이 옵션을 선택하면, 새 지불 방법이 적용되기까지 최대 3개월이 걸릴 수 있습니다.

보험료 결제 방식을 변경하기. 보험료 지불 옵션을 변경하기로 한 경우, 새 지불 방법이 적용되려면 최대 3개월이 걸릴 수 있습니다. 새 지불 방법에 대한 요청을 처리하는 동안 가입자는 보험료를 적시에 지불할 책임이 있습니다. 해당하는 경우 지불 방법을 변경하려면 고객지원팀에 문의하십시오. 자동 납부 옵션을 선택하는 경우 **Humana.com/pay**에서 사용자 이름과 비밀번호로 로그인할 수도 있습니다(처음 로그인하는 경우 MyHumana에서 Register(등록하기)를 클릭하고 화면의 지침을 따릅니다).

플랜 보험료 지불에 문제가 있는 경우에는 어떻게 합니까?

보험료를 기한 안에 지불하는 데 문제가 있는 경우에는 고객지원팀에 문의하여 당사에서 플랜 보험료와 관련한 지원 프로그램을 제공할 수 있는지 확인해보시기 바랍니다(고객지원팀 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

1장 가입자로 시작하기**5.2절****연중에 가입자의 월 보험료를 변경할 수 있습니까?**

아니요. 당사가 해당 연도 중에 월 플랜 보험료를 변경하는 것은 허용되지 않습니다. 다음 년도의 월 보험료에 변경 사항이 있는 경우 9월에 알려 드리고 1월 1일에 변경 사항이 적용됩니다.

그러나 경우에 따라 가입자가 지불해야 하는 보험료의 일부는 연중에 변경될 수 있습니다. 이러한 상황은 가입자가 "부가 지원" 프로그램을 이용할 자격이 되거나, 해당 연도 중에 "부가 지원" 프로그램을 이용할 자격을 상실하는 경우에 발생합니다. 가입자가 처방약 비용에 대한 "부가 지원"을 받을 수 있는 경우 "부가 지원" 프로그램은 가입자의 월 플랜 보험료 일부를 지불합니다. 해당 연도에 자격을 상실한 가입자는 월 보험료 전액을 지불해야 합니다. 2장 7절에서 "부가 지원" 프로그램에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.

6절**플랜 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하기**

가입자의 가입 기록에는 가입자의 가입 양식에 기재되어 있었던 주소, 전화번호와 같은 정보들이 있습니다. 이것은 일차의료 제공자를 비롯한 특정 플랜 보장에 대해 보여줍니다.

플랜 네트워크의 의사, 병원, 약사 및 다른 제공자는 가입자에 대한 정확한 정보가 필요합니다. **이러한 네트워크 제공자는 가입자의 가입 기록을 사용하여 가입자에게 어떤 서비스와 약이 보장되고 비용 분담금이 어느 정도인지 파악합니다.** 따라서 가입자의 정보를 최신 상태로 유지하는 것이 매우 중요합니다.

다음의 변경 사항에 대해 알려주십시오.

- 이름, 주소 또는 전화번호 변경
- 가입자가 보유하고 있는 다른 건강 보험의 보장 변경(예: 고용주, 배우자 또는 동거 파트너의 고용주, 산재 보상, 또는 Medicaid)
- 자동차 사고로 인한 청구 등 법적 책임이 있는 경우
- 요양원에 입원한 경우
- 서비스 지역 외에서 진료를 받거나 네트워크 외 병원 또는 응급실에서 진료를 받는 경우
- 가입자의 지정된 책임 당사자(간병인 등)가 변경되는 경우
- 임상 연구에 참여하는 경우(참고: 참여하고자 하는 임상 연구 플랜에 대해 반드시 알려줄 필요는 없지만, 알려주는 것이 좋습니다)

이 정보 중 변경된 사항이 있으면 고객지원팀에 문의하여 알려주시기 바랍니다.

또한 이사하거나 우편 주소를 변경할 경우 사회보장국에 전화하는 것도 중요합니다. 2장 5절에서 사회보장국의 전화번호와 연락처 정보를 확인할 수 있습니다.

1장 가입자로 시작하기**7절 다른 보험이 당사의 플랜과 함께 어떻게 작용합니까?****기타 보험**

Medicare는 당사가 가입자가 보유하고 있는 다른 건강 또는 의약품 보험에 대한 정보를 가입자로부터 수집하도록 요구합니다. 이는 당사가 가입자가 보유한 다른 모든 보장을 당사 플랜에 따른 가입자의 혜택과 조율해야 하기 때문입니다. 이를 **혜택 조정**이라고 합니다.

매년 당사는 당사가 인지한 다른 의료 서비스 또는 의약품 보험 보장의 목록이 기재된 서신을 가입자에게 보냅니다. 이 정보를 주의 깊게 정독해 주십시오. 정보가 올바른 경우 어떠한 조치도 취할 필요가 없습니다. 정보가 올바르지 않거나 목록에 없는 다른 보장이 있는 경우 고객지원팀에 연락해 주십시오. 청구서가 제대로 적시에 지불되도록 다른 보험사에게 플랜 가입자 ID 번호를 제공해야 할 수도 있습니다(신원을 확인한 후).

Medicare는 가입자가 다른 보험(예: 고용주 그룹 의료보장)을 가지고 있는 경우, 당사 플랜과 가입자의 다른 보험 중 어느 쪽이 먼저 지불할지를 결정하는 규칙을 설정했습니다. 먼저 납부하는 보험을 기본 지불자라고 하며 보장 한도까지 지불합니다. 두 번째로 지불하는 보험은 보조 지불자라고 하며 기본 보장이 보장하지 않는 비용이 있을 경우에만 지불합니다. 보조 지불자가 모든 미보장 비용을 지불하는 것은 아닙니다. 다른 보험이 있는 경우 의사, 병원 및 약국에 알려 주십시오.

이 규칙은 고용주 또는 노동조합 그룹 건강 플랜 보장에 적용됩니다.

- 퇴직자 보장을 받는 경우, Medicare가 제일 먼저 지불합니다.
- 가입자의 그룹 건강 플랜 보장이 가입자 또는 가족 구성원의 현재 고용 상태를 기반으로 하는 경우, 어느 쪽이 먼저 지불하는지는 가입자의 연령, 가입자의 고용주가 고용한 사람 수 및 가입자가 연령, 장애, 또는 말기 신장 질환(ESRD)에 기반한 Medicare를 가지고 있는지 여부에 따라 달라집니다.
 - 65세 미만으로 장애가 있고 가입자 또는 가족 구성원이 취업 중인 경우, 고용주가 100명 이상의 직원을 고용하고 있거나 다수 고용주 플랜에 가입 중인 고용주 중 적어도 한 명이 100명 이상의 직원을 고용 중인 경우, 가입자의 그룹 건강 플랜이 먼저 지불합니다.
 - 가입자가 65세 이상이고, 본인 또는 배우자나 동거 파트너가 여전히 일을 하고 있다면, 가입자의 그룹 건강 플랜은 고용주의 직원이 20명 이상이거나 다수의 고용주 플랜 중 최소한 한 고용주의 직원이 20명 이상인 경우에 가입자의 그룹 건강 플랜에서 우선 지불합니다.
- 가입자가 말기 신장 질환(ESRD)으로 인해 Medicare가 있는 경우, 가입자가 Medicare 자격을 획득한 후 처음 30개월 동안에는 가입자의 그룹 건강 플랜이 가장 먼저 지불합니다.

이러한 유형의 보장은 일반적으로 각 유형과 관련된 서비스에 대해 가장 먼저 지불합니다.

- 무과실 책임 보험(자동차 보험 포함)
- 배상책임(자동차보험 포함)
- 진폐증 혜택
- 산재 보상

Medicaid와 TRICARE는 Medicare 보장 서비스에 대해서 절대로 먼저 지불하지 않습니다. 이들은 Medicare 및/또는 고용주 그룹 건강 플랜이 지불한 후에만 지불합니다.

2장: 주요 전화번호 및 참고자료

1절

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 연락처
(고객지원팀 연락 방법 등 당사 문의 방법)

플랜의 고객지원팀 연락 방법

청구, 고지서 발부, 또는 가입자 카드 관련 문의 사항이 있는 경우 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136 (HMO D-SNP) 고객지원팀에 연락하거나 우편으로 문의하십시오. 기꺼이 도와 드리겠습니다.

연락 방법	고객지원팀 – 연락처 정보
전화	1-800-457-4708 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 연락할 수 있습니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일 사이 주말과 공휴일에는 자동 응답 시스템으로 연결될 수 있습니다. 고객지원팀에서는 영어 이외의 언어 사용 고객을 위해 무료로 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.
팩스	1-877-837-7741
우편	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
웹사이트	Humana.com/customer-support 라이브 채팅은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(동부 표준시 기준) 사이 Humana.com 에서 이용 가능합니다.

의료 서비스에 대한 보장 범위 결정을 요청하거나 이의를 제기할 때 당사에 연락하는 방법

보장 결정은 귀하의 혜택 및 보장에 대해 또는 귀하의 의료 서비스 또는 파트 D 처방약에 대해 당사가 지불하는 금액에 대한 결정입니다. 이의 제기는 당사가 내린 보장 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다. 의료 서비스 또는 파트 D 처방약에 대한 보장 결정을 요청하거나 이의를 제기하는 방법에 대한 자세한 내용은 9장(문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법)을 참조하십시오.

연락 방법	의료 서비스 보장 결정 – 연락처 정보
전화	1-800-457-4708 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 연락할 수 있습니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일 사이 주말과 공휴일에는 자동 응답 시스템으로 연결될 수 있습니다. 신속한(신속) 보장 결정을 원하시면 1-866-737-5113으로 연락해 주십시오.

2장 주요 전화번호 및 참고자료

연락 방법	의료 서비스 보장 결정 – 연락처 정보
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.
팩스	1-888-200-7440, 긴급 보장 결정만 해당
우편	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
웹사이트	Humana.com/medicare-support/member-guidelines/exceptions-and-appeals 라이브 채팅은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(동부 표준시 기준) 사이 Humana.com 에서 이용 가능합니다.

연락 방법	파트 D 처방약에 대한 보장 결정 – 연락처 정보
전화	1-800-555-2546 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 연락할 수 있습니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일 사이 주말과 공휴일에는 자동 응답 시스템으로 연결될 수 있습니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.
팩스	1-877-486-2621, 보장 판단 전용.
우편	Humana Clinical Pharmacy Review Attn: Medicare Part D Coverage Determinations P.O. Box 33008 Louisville, KY 40232
웹사이트	Humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations 라이브 채팅은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(동부 표준시 기준) 사이 Humana.com 에서 이용 가능합니다.

연락 방법	의료 서비스 또는 파트 D 처방약에 대한 이의 제기 – 연락처 정보
전화	1-800-457-4708 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 연락할 수 있습니다. 긴급 의료 관련 이의 제기는 1-800-867-6601로 연락해 주십시오. 긴급 파트 D 처방약 관련 이의 제기는 1-800-451-4651(TTY:711)로 연락해 주십시오.

2장 주요 전화번호 및 참고자료

연락 방법	의료 서비스 또는 파트 D 처방약에 대한 이의 제기 – 연락처 정보
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.
팩스	1-888-556-2128
우편	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
웹사이트	Humana.com/denial 라이브 채팅은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(동부 표준시 기준) 사이 Humana.com 에서 이용 가능합니다.

의료 서비스에 대한 불만을 제기할 때 당사에 연락하는 방법

가입자는 가입자의 의료의 질에 대한 불만을 포함하여 당사 또는 당사의 네트워크 제공자 또는 약국에 대해 불만을 제기할 수 있습니다. 이러한 유형의 불만 사항은 보장 또는 지불 분쟁과 무관합니다. 의료 서비스 관련 불만 제기에 대한 자세한 내용은 9장(문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법)을 참조하십시오.

연락 방법	의료 서비스에 대한 불만 – 연락처 정보
전화	1-800-457-4708 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 연락할 수 있습니다. 신속한 고충 처리가 필요하시면 1-800-867-6601로 연락해 주십시오.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.
팩스	1-888-556-2128
우편	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
MEDICARE 웹사이트	Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에 대한 불만 사항을 Medicare에 직접 제출할 수 있습니다. Medicare에 불만 사항을 온라인으로 제출하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 를 방문하십시오.

의료 서비스나 처방 받은 처방약에 대한 당사의 비용 부담금 지불 요청을 어디로 보내야 할까요?

당사가 비용을 지불해야 한다고 판단되는 청구서를 받거나 서비스에 대한 비용을 지불한 경우(예: 제공자 청구서), 당사에 환급을 요청하거나 제공자 청구서에 대한 지불을 요청해야 할 수 있습니다. 7장(보장 대상 의료 서비스 또는 의약품 청구서의 부담 요청)을 참조하십시오.

참고: 지불 요청을 보내 주시고 당사가 가입자의 요청 중 일부를 거절할 경우, 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 자세한 내용은 9장(문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법)을 참조하십시오.

연락 방법	지불 요청 – 연락처 정보
전화	1-800-457-4708 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 연락할 수 있습니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일 사이 주말과 공휴일에는 자동 응답 시스템으로 연결될 수 있습니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.
우편	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
웹사이트	Humana.com 라이브 채팅은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(동부 표준시 기준) 사이 Humana.com 에서 이용 가능합니다.

2절

Medicare

(연방 Medicare 프로그램에서 직접 도움말 및 정보를 얻는 방법)

Medicare는 65세 이상의 고령자, 장애를 가진 65세 미만의 사람, 말기 신장 질환(투석이나 신장 이식이 필요한 영구적인 신부전증)을 앓고 있는 사람을 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.

Medicare를 담당하는 연방 기관은 Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS라고 불리는 경우도 있음)입니다. 이 기관은 당사를 포함한 Medicare Advantage 기관과 계약을 체결합니다.

연락 방법	Medicare – 연락처 정보
전화	1-800-MEDICARE 또는 1-800-633-4227 통화료는 무료입니다. 하루 24시간 연중무휴 문의하실 수 있습니다.

2장 주요 전화번호 및 참고자료

연락 방법	Medicare – 연락처 정보
TTY	1-877-486-2048 이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 통화료는 무료입니다.
웹사이트	www.medicare.gov Medicare 공식 정부 웹사이트입니다. Medicare 및 최근의 Medicare 문제에 대한 최신 정보를 제공합니다. 또한 병원, 요양원, 의사, 가정방문치료기관 및 투석 시설에 대한 정보도 보유하고 있습니다. 컴퓨터에서 직접 인쇄할 수 있는 문서가 포함되어 있습니다. 또한 주 정부에서 Medicare 연락처를 찾을 수도 있습니다. Medicare 웹사이트에는 다음과 같은 도구를 비롯하여 Medicare 자격 및 가입 옵션에 대한 자세한 정보도 포함되어 있습니다. • Medicare 자격 도구: Medicare 자격 상태 정보를 제공합니다. • Medicare 플랜 파인더: 가입자의 지역에서 사용 가능한 Medicare 처방약 플랜, Medicare 건강 플랜 및 Medigap(Medicare 보충 보험) 정책에 대한 개인 맞춤형 정보를 제공합니다. 이러한 도구는 가입자의 본인부담비용이 다른 Medicare 플랜에서는 얼마가 될지에 대한 <i>예상 비용</i>을 제공합니다. 또한 이 웹사이트를 통해 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에 대한 불만을 Medicare에 알릴 수도 있습니다. • 가입자의 불만 사항을 Medicare에 알려 주십시오. Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에 대한 불만 사항을 Medicare에 직접 제출할 수 있습니다. Medicare에 고충을 제출하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx를 방문하십시오. Medicare는 제기된 불만 사항을 신중하게 검토하며 Medicare 프로그램의 품질을 개선하기 위해 이 정보를 사용합니다. 컴퓨터가 없는 경우 지역 도서관 또는 노인복지관에서 컴퓨터를 사용하여 이 웹사이트를 방문할 수 있습니다. 또는 Medicare에 연락하여 어떤 정보를 알고 싶은지 알릴 수 있습니다. 그러면 담당자가 웹사이트에서 정보를 찾아 귀하와 함께 정보를 검토할 것입니다(연중무휴 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오).

3절**주 건강 보험 지원 프로그램**

(무료 도움말, 정보 및 Medicare 관련 질문에 대한 답변)

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에서 훈련을 받은 상담원들을 보유한 정부 프로그램입니다. 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)의 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인하실 수 있습니다.

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 연방 정부로부터 자금을 받는(보험 회사나 건강 플랜과 무관한) 독립적인 주 정부 프로그램으로, Medicare 가입자를 대상으로 무료 현지 건강 보험 상담을 제공합니다.

2장 주요 전화번호 및 참고자료

SHIP 상담원은 Medicare에 대한 권리를 이해하고 의료 서비스나 치료에 대한 불만 사항을 제기하며 Medicare 청구서에 대한 문제를 해결하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 또한 SHIP 상담원은 가입자가 Medicare와 관련된 질문 또는 문제를 해결하는 데 도움을 주고 Medicare 플랜에 대한 선택 사항을 이해하고 플랜 변경에 대한 질문에 답을 찾도록 지원해 드립니다.

배송 및 기타 리소스에 액세스하는 방법:

- <https://www.shiphelp.org>를 방문합니다(페이지 가운데 SHIP LOCATOR(SHIP 로케이터) 클릭).
- 목록에서 **STATE(주)**를 선택합니다. 그러면 해당 주와 관련된 전화번호 및 리소스가 있는 페이지로 이동합니다.

4절 품질 개선 기관(QIO)

각 주마다 Medicare 수혜자를 지원하기 위한 지정 품질 개선 기관이 있습니다. 품질 개선 기관(QIO)의 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인하실 수 있습니다.

품질 개선 기관(QIO)에는 Medicare의 의료의 질을 점검하고 개선하기 위해 Medicare에서 비용을 지불하는 의사 및 기타 의료 전문가 그룹이 있습니다. QIO는 독립적인 기관입니다. 당사의 플랜과 관련되어 있지 않습니다.

다음과 같은 경우 QIO로 연락해 주셔야 합니다.

- 가입자가 받은 의료의 질에 불만이 있습니다.
- 병원 입원에 대한 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각합니다.
- 가정방문치료, 전문요양시설 케어 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 위한 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각합니다.

5절 사회보장국

사회보장국은 Medicare 가입 자격을 정하고 가입을 처리할 책임이 있습니다. 65세 이상의 미국 시민과 합법적 영주권자 또는 장애나 말기 신장 질환이 있으며 특정 조건을 만족하는 미국 시민과 합법적 영주권자인 경우 Medicare의 가입 자격이 있습니다. 이미 사회보장연금을 받고 있는 경우, 자동으로 Medicare에 가입됩니다. 사회보장연금을 받고 있지 않은 경우, Medicare에 가입해야 합니다. Medicare 신청을 하려면 사회보장국에 연락하거나 지역 사회보장국 사무소를 방문하십시오.

또한 사회보장국은 누가 높은 소득으로 인해 파트 D 약품 보장에 대한 추가 금액을 지불해야 하는지를 결정할 책임이 있습니다. 사회보장국으로부터 추가 금액을 지불해야 한다는 서신을 받았고, 추가 금액이 얼마나 되는지 알고 싶은 경우, 또는 삶에 큰 영향을 미치는 사건으로 인해 소득이 줄어든 경우, 사회보장국에 연락하여 재고를 요청할 수 있습니다.

이사나 우편 주소가 변경된 경우, 사회보장국에 연락하여 주소를 알려 주는 것이 중요합니다.

2장 주요 전화번호 및 참고자료

연락 방법	사회보장국 - 연락처 정보
전화	1-800-772-1213 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시 사이에 이용 가능합니다. 사회보장국의 자동 전화 서비스를 사용하여 기록된 정보를 얻고 일부 업무를 24시간 수행할 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시 사이에 이용 가능합니다.
웹사이트	www.ssa.gov

6절 Medicaid

이중 적격 특수 요구 플랜에 가입하려면 Medicare에 가입해 있어야 하며 Apple Health(Medicaid)에서도 특정 수준의 지원을 받아야 합니다(본 플랜의 특정 요구 사항은 1장, 2.1절 "본 플랜을 위한 특별 자격 요건"을 참조하십시오).

Medicaid는 소득과 자원이 제한된 특정 사람들의 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 합작 프로그램입니다.

전체 혜택 이중 자격(FBDE): Medicare 파트 A 보험료 및/또는 Medicare 파트 B 보험료와 기타 비용 부담금(공제금, 공동 보험비용, 공동 부담금 등)을 일부 지원하고 모든 Medicaid 혜택을 제공합니다.

또한 Medicaid를 통해 제공되는 프로그램에서는 Medicare 보험료와 같은 Medicare 비용을 Medicare를 사용하여 지불할 수 있습니다. 이러한 "Medicare Savings 프로그램"은 제한된 소득과 자원을 가진 분들의 매년 의료 비용 부담을 덜어드리기 위해 마련되었습니다.

- **적격 Medicare 수혜자(QMB):** Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료 및 기타 비용 부담금(공제금, 공동 보험비용, 공동 부담금 등)을 일부 지원해 드립니다(일부 QMB의 경우 Medicaid의 혜택을 전부 받을 수도 있습니다(QMB+)).
- **특정 저소득층 Medicare 수혜자(SLMB):** 파트 B 보험료를 일부 지원해 드립니다(일부 SLMB의 경우 Medicaid의 혜택을 전부 받을 수도 있습니다(SLMB+)).
- **적격 개인(QI):** 파트 B 보험료를 일부 지원해 드립니다.

Medicaid에서 제공하는 지원에 대해 궁금한 점이 있으면 Apple Health(Medicaid)에 문의하십시오. Apple Health(Medicaid)의 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인할 수 있습니다.

행동 건강 옴부즈맨은 Medicaid에 가입한 사람들의 서비스 또는 청구 문제를 지원합니다. 본 플랜에 대해 고충이나 이의 제기를 도울 수 있습니다.

연락 방법	행동 건강 옴부즈맨 - 연락처 정보
웹사이트	https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/behavioral-health-recovery/ombuds-services

Washington 주 장기요양 옴부즈맨 프로그램(LTCOP)은 사람들이 요양원에 대한 정보를 얻고 요양원과 거주 환자 또는 그 가족 간의 문제를 해결하도록 지원합니다.

연락 방법	Washington 주 장기요양 옴부즈맨 프로그램(LTCOP) - 연락처 정보
전화	1-800-562-6028
TTY	TTY: 1-800-737-7391 이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.
우편	1200 S 336 th St. Federal Way, WA 98093
웹사이트	https://www.waombudsman.org/

7절

처방약 비용 부담을 줄여주는 지원 프로그램에 대한 정보

Medicare.gov 웹사이트(<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>)에서 처방약 비용을 절감하는 방법에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 아래에는 저소득층을 위한 다른 지원 프로그램이 나와 있습니다.

Medicare의 "부가 지원" 프로그램

귀하는 Medicaid 자격을 갖추었기 때문에 당사 회원 대부분은 처방약 플랜 비용을 지불하기 위해 Medicare의 “부가 지원”을 받을 자격이 있고 이를 받고 있습니다. 본인이 이미 자격을 갖춘 경우에는 “부가 지원”을 받기 위해 별도로 해야 하는 일은 없습니다.

"부가 지원"에 대해 궁금한 점이 있으면 다음 연락처로 문의하십시오.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048(신청)로 하루 24시간, 연중무휴 언제든지 문의할 수 있습니다.
- 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시 1-800-772-1213으로 사회보장국에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 문의하십시오.
- Apple Health(Medicaid)에 대한 Apple Health(Medicaid)(신청) 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 “자료 A”에서 확인하실 수 있습니다.

가입자가 약국에서 처방을 받을 때 잘못된 비용 부담금을 지불한다고 생각하는 경우, 당사의 플랜에는 가입자가 적절한 공동 부담금 수준에 대한 증거를 얻기 위해 지원을 요청하거나 이미 증거가 있는 경우 이 증거를 당사에 제공할 수 있는 절차가 있습니다.

- "부가 지원"에 대한 자격을 갖추었음을 증명하는 문서를 이미 가지고 있는 경우, 다음 번에 약국에 가서 처방약을 받을 때 이를 제시할 수도 있습니다. 다음 문서 중 하나를 사용하여 당사에 증거를 제공하거나 약국에서 증거로 제시할 수 있습니다.

2장 주요 전화번호 및 참고자료**이미 "부가 지원"을 받는 상태임을 증명하는 자료**

- 가입자의 이름과 가입자에게 "부가 지원" 자격이 생긴 날짜가 표시된 Apple Health(Medicaid) 카드 사본. 날짜는 작년 7월 또는 그 이후여야 합니다.
- 가입자의 "부가 지원" 상태를 보여 주는 사회보장국의 서신. 이 서신은 중요 정보(Important Information), 지급 통지서(Award Letter), 변경 통지(Notice of Change), 또는 조치 통보(Notice of Action)였을 수도 있습니다.
- 가입자가 보충적 보장소득(SSI)을 받고 있음을 보여 주는 사회보장국의 서신. 이 경우 "부가 지원"도 받을 수 있습니다.

가입자가 “부가 지원” 자격을 충족하는 유효한 Apple Health(Medicaid) 상태임을 보여주는 증거

- 가입자가 “부가 지원” 자격을 충족하는 유효한 Medicaid 상태를 보유하고 있음을 보여주는 주 정부 문서의 사본 또는 주 정부 시스템의 인쇄본. 표시된 유효일은 작년 7월 또는 그 이후여야 합니다.

의료 시설 입원에 대한 Medicaid 지불 증명

의료 시설 체류 기간은 최소 1개월 이상이어야 하며, 작년 7월 또는 그 이후여야 합니다.

- 시설에서 발송한 Medicaid 지불 청구 명세서
- Medicaid가 가입자를 위해 지불한다는 사실을 보여주는 주 정부 문서의 사본 또는 주 정부 시스템의 인쇄본

위에 나열된 문서 중 하나를 증명서로서 약국에 먼저 제시하는 경우 당사에도 사본을 보내 주십시오. 문서를 보낼 주소는 다음과 같습니다.

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

- 당사가 가입자의 공동 부담금 수준을 보여주는 증거를 수령하면 약국에서 다음 처방약을 받을 때 정확한 공동 부담금 비용을 지불할 수 있도록 당사에서 시스템을 업데이트합니다. 가입자가 공동 부담금을 초과 지불한 경우, 당사가 귀하에게 보상합니다. 가입자의 초과 지불 금액만큼 수표로 보내거나 향후 공동 부담금에서 상쇄할 것입니다. 약국이 가입자에게 공동 부담금을 받지 않고 공동 부담금을 가입자의 외상으로 둔 경우, 당사가 약국에 직접 지불할 수도 있습니다. 주 정부가 가입자를 대신하여 지불한 경우, 당사는 해당 주 정부에게 직접 대금을 지불할 수 있습니다. 질문이 있는 경우 고객지원팀에 문의하십시오.

AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)의 보장을 받는 경우는 어떻게 됩니까?**AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)이란 무엇입니까?**

AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)은 ADAP를 받을 자격을 갖춘 HIV/AIDS에 감염된 사람들이 생명 연장에 필요한 HIV 의약품을 받을 수 있도록 지원합니다. ADAP 처방집에도 수록된 Medicare 파트 D 처방약은 주에서 운영하는 ADAP 프로그램을 통해 처방약 비용 부담금 지원을 받을 수 있습니다. **참고:** 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. 플랜을 변경하는 경우 현지

2장 주요 전화번호 및 참고자료

ADAP 가입 담당자에게 통보하여 계속 지원을 받을 수 있도록 하십시오. 자격 기준, 보장 약, 프로그램 가입 방법 등에 대한 자세한 내용은 해당 주에서 운영하는 ADAP에 문의하십시오. AIDS 의약품 지원 프로그램 (ADAP)에 대한 문의처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인하실 수 있습니다.

8절 철도 퇴직 위원회에 문의하는 방법

철도 퇴직 위원회(Railroad Retirement Board, RRB)는 독립 연방 기관이며, 이 기관은 전국의 철도 노동자와 그 가족을 위한 포괄적인 복지 혜택을 관리합니다. 철도 퇴직 위원회를 통해 Medicare에 가입한 경우, 이사를 가거나 우편물 수령 주소가 바뀌면 반드시 해당 기관에 알려야 합니다. 철도 퇴직 위원회의 혜택에 대해 궁금한 점이 있으면 해당 기관에 문의하십시오.

연락 방법	철도 퇴직 위원회 - 연락처
전화	1-877-772-5772 통화료는 무료입니다. "0"을 누르면 월요일, 화요일, 목요일, 금요일에는 오전 9시~오후 3시 30분, 수요일에는 오전 9시~오후 12시 사이에 RRB 담당자와 통화할 수 있습니다. "1"을 누르면 24시간(주말 및 공휴일 포함) 내내 자동 RRB 전화 상담 서비스 및 기록된 정보에 접근할 수 있습니다.
TTY	1-312-751-4701 이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 해당 번호에 대한 통화료는 유료입니다.
웹사이트	rrb.gov/

9절 단체보험 또는 고용주가 제공하는 기타 건강 보험에 가입되어 있습니까?

가입자(또는 가입자의 배우자나 동거 파트너)가 이 플랜의 일환으로 가입자(또는 가입자의 배우자나 동거 파트너)의 고용주 또는 퇴직자 그룹에게서 혜택을 받는 경우, 고용주/노동조합 혜택 관리자 또는 고객지원팀에 문의할 수 있습니다. 가입자(또는 가입자의 배우자나 동거 파트너)의 고용주나 퇴직자 의료 혜택, 보험료, 가입 기간에 대해 질문할 수 있습니다(고객지원팀 전화번호는 이 문서의 뒤표지에 안내됨). 이 플랜의 Medicare 보장 사항과 관련하여 궁금한 점이 있으면 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048로도 문의할 수 있습니다.

가입자(또는 가입자의 배우자나 동거 파트너)의 고용주 또는 퇴직자 그룹을 통해 처방약 보장을 받는 경우, **해당 고용주 또는 그 그룹의 혜택 관리자**에게 문의하십시오. 혜택 관리자는 현재 처방약 보장 범위가 당사 플랜에 어떻게 적용되는지 결정을 도울 수 있습니다.

3장: 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

3장 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기**1절 당사 플랜의 가입자로서 의료 서비스를 받을 때 알아야 할 사항**

이 장에서는 의료 서비스를 받을 때 플랜 보장 이용에 대해 알아야 할 사항을 설명합니다. 용어를 정의하고, 플랜에서 보장하는 치료, 의료 서비스, 의료 장비, 처방약, 기타 의료 서비스를 받기 위해 따라야 할 규정을 설명합니다.

당사 플랜으로 보장되는 의료 서비스와 가입자가 지불할 비용에 대한 자세한 내용은 4장(의료 혜택 차트, 보장 대상)의 혜택 차트를 참조하십시오.

1.1절 네트워크 제공자 및 보장 서비스란 무엇입니까?

- **제공자**는 의료 서비스를 제공하도록 주 정부가 허가한 의사 및 다른 건강 관리 전문가입니다. "제공자"에는 병원 및 다른 건강 관리 시설도 포함합니다.
- **네트워크 제공자**는 당사의 지불을 전액 지불로 수락하기로 당사와 계약을 맺은 의사 및 다른 건강 관리 전문가, 의료 그룹, 병원, 다른 건강 관리 시설입니다. 당사는 이러한 제공자들이 당사의 플랜에 따라 가입자에게 보장 서비스를 제공하도록 준비했습니다. 네트워크 제공자는 가입자에게 제공한 서비스 비용을 당사에 직접 청구합니다. 네트워크 제공자에게 진료를 받으면 보장 서비스에 대해 지불하지 않습니다.

Apple Health(Medicaid)를 통해 비용 부담금 보호를 받는 경우, Medicaid의 Medicare 비용 부담금 보호에 대한 자세한 내용은 4장 1.1절을 참조하십시오.

- **보장 서비스**는 플랜이 적용되는 모든 의료 서비스, 건강 관리 서비스, 의료 용품, 의료 장비, 처방약을 포함합니다. 의료 서비스 중 보장되는 서비스는 4장의 혜택 차트에 나와 있습니다. 처방약에 대한 보장 서비스는 5장에서 설명합니다.

1.2절 플랜에서 보장하는 의료 서비스를 받을 때의 기본 규정

Medicare 건강 플랜으로서 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 Original Medicare에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 하며 4장의 Medicare 의료 혜택 차트의 Original Medicare에 따라 보장되는 서비스 외에 다른 서비스를 제공할 수도 있습니다.

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 일반적으로 다음의 경우에 가입자의 의료 서비스를 보장합니다.

- **가입자가 받는 진료는 플랜의 의료 혜택 차트에서 찾아볼 수 있습니다**(차트는 이 문서의 4장에 수록되어 있음).
- **가입자가 받는 진료는 의료적 필요성이 있다고 간주합니다.** 의료적 필요성이란 귀하의 질환을 예방, 진단 또는 치료하는 데 필요하고 허용되는 의료 행위 기준을 충족하는 서비스, 의료 용품, 의료 장비 또는 약을 의미합니다.
- **가입자의 건강을 관리하고 감독하는 네트워크 일차의료 제공자(PCP)가 지정되어 있습니다.** 당사 플랜의 가입자는 네트워크 PCP를 선택해야 합니다(이에 대한 자세한 내용은 이 장의 2.1절을 참조하십시오).
 - 대부분의 경우 네트워크 PCP는 가입자가 전문의, 병원, 전문요양시설 또는 가정방문치료기관 등의 다른 네트워크 제공자를 이용하기 전에 사전 승인을 제공해야 합니다. 이를 의뢰서라고 합니다. 자세한 내용은 이 장의 2.3절을 참조하십시오.

3장 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

- 응급 진료 또는 긴급하게 필요한 서비스를 이용할 때는 PCP의 의뢰서가 필요하지 않습니다. PCP의 사전 승인 없이 이용할 수 있는 종류의 의료 서비스도 있습니다(자세한 내용은 이 장의 2.2절을 참조하십시오).
- **반드시 네트워크 제공자의 진료를 받아야 합니다**(자세한 내용은 이 장의 2절 참조). 대부분의 경우 네트워크 외 제공자(플랜 네트워크에 포함되지 않은 의료 제공자)에게 받은 진료는 보험이 적용되지 않습니다. 이는 제공자에게 제공하는 서비스에 대해 가입자가 전액을 지불해야 한다는 것을 의미합니다. 다음의 세 가지 경우는 예외입니다.
 - 플랜은 네트워크 외 제공자가 제공하는 응급 진료 또는 긴급하게 필요한 서비스를 포함합니다. 이에 대한 자세한 내용 및 응급 상황이나 긴급하게 필요한 서비스의 의미를 확인하려면 이 장의 3절을 참조하십시오.
 - Medicare 요구에 따라 당사 플랜이 보장해야 하는 의료 서비스가 필요하지만 당사 네트워크 내에 이를 제공하는 의료 서비스 전문의가 없는 경우, 일반적으로 네트워크 내에서 지불하는 비용 분담금과 동일한 비용으로 네트워크 외 제공자로부터 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 네트워크 외 제공자에게서 진료를 받기 전에 플랜의 승인을 받아야 합니다. 이러한 경우, 당사는 가입자에게 이러한 서비스를 무료로 제공합니다. 네트워크 외 의사의 진료 승인에 대한 자세한 내용은 이 장의 2.4절을 참조하십시오.
 - 가입자가 일시적으로 플랜의 서비스 지역을 벗어난 경우 또는 이 서비스의 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스는 플랜에서 보장합니다. 투석을 위해 플랜에 지불하는 비용 분담금은 Original Medicare의 비용 분담금을 초과할 수 없습니다. 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 플랜의 네트워크 외 제공자로부터 투석을 받는 경우 비용 분담금은 네트워크 내에서 지불하는 비용 분담금을 초과할 수 없습니다. 그러나 평상시 네트워크 내 투석 제공자를 일시적으로 사용할 수 없어서 플랜 네트워크 밖의 제공자로부터 서비스 지역 내에서 서비스를 받도록 선택한 경우 투석에 대한 비용 분담금이 더 많을 수 있습니다.

2절 플랜의 네트워크 제공자를 이용하여 의료 서비스 받기**2.1절 가입자는 의료 서비스를 제공하고 관리하는 일차의료 제공자(PCP)를 반드시 선택해야 합니다****PCP란 무엇이며 무슨 역할을 합니까?**

"PCP"는 가입자의 일차의료 제공자입니다. 당사 플랜 가입자가 되면 PCP 역할을 할 의사를 네트워크 내에서 선택해야 합니다. PCP는 주 정부 라이선스 요구 사항을 충족하고 기본적인 의료 서비스를 제공하도록 교육받은 제공자입니다.

PCP를 정하는 것은 전반적인 웰빙 관리에서 중요한 단계입니다. PCP는 가입자의 병력을 가장 잘 아는 의사로서, 가입자가 가능한 건강을 유지하도록 주기적인 의료 서비스 및 지속적인 예방 검진을 제공할 수 있습니다. 전문의를 만나거나 다음과 같은 서비스를 받아야 하는 경우:

- 엑스레이
- 검사실 검사
- 물리치료
- 전문의 치료
- 병원 입원
- 후속 진료

3장 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

네트워크 전문의나 다른 제공자의 진료를 받기 위해 PCP의 의뢰서가 필요할 수 있습니다. 가입자의 PCP는 귀하에게 의료 서비스를 제공할 수 있는 다른 네트워크 제공자를 확인하여 모든 의료 서비스를 제대로 받을 수 있도록 도와줍니다. PCP에게서 의뢰서를 받지 않고 네트워크 제공자로부터 받을 수 있는 몇 가지 보장 서비스는 예외입니다. 이러한 내용은 아래 3장 2.2절에 나와 있습니다. 경우에 따라 PCP는 사전 승인을 받아야 합니다(사전 승인). 사전 승인이 필요한 서비스에 대한 자세한 내용은 4장에서 볼 수 있습니다.

필요한 경우 PCP에 전화를 걸어 진료 예약을 하면 됩니다. PCP가 가입자의 병력을 이해하고 모든 진료를 감독하도록 돕기 위해, 이전 의사가 가입자의 과거 의료 기록을 새로운 PCP에게 전달할 수 있습니다.

어떻게 PCP의 진료를 받을 수 있습니까?

일상적인 건강 관리가 필요한 경우 대부분 PCP를 가장 먼저 찾아갑니다. 그러나 PCP에 먼저 연락하지 않고도 직접 이용할 수 있는 몇 가지 유형의 보장 서비스가 있습니다. 자세한 내용은 3장 2.2절을 참조하십시오.

일반적인 업무 시간 이후에 일상적인 건강 관리가 필요한 경우, 업무 시간에 PCP에 다시 전화해 주십시오. 응급 상황이 발생하거나 일반적인 업무 시간 이후에 긴급 치료가 필요한 경우, 이 장의 3.1절 또는 3.2절을 참조하십시오.

PCP를 어떻게 선택합니까?

플랜에 가입하면 해당 지역에 있는 다수의 PCP가 수록된 **제공자 명부**를 받습니다. PCP를 찾거나 선택하는데 도움이 필요한 경우 고객지원팀에 문의하거나 **Humana.com/findadoctor**에서 최신 명부를 온라인으로 확인할 수 있습니다. 일차의료 제공자(PCP)의 역할을 할 의료 제공자는 본 문서에 안내된 플랜의 서비스 지역 내 네트워크 제공자 중에서 선택하셔야 합니다.

자신에게 적합한 PCP를 선택하려면 전화를 걸어 진료 예약을 받는 데 일반적으로 걸리는 시간을 물어보고, 진료 시간이 이용에 편리한지 확인하십시오. 이용하고 싶은 특정 네트워크 병원 또는 전문의가 있는 경우, PCP가 의뢰서를 제공해줄 수 있는지 확인해야 합니다.

Humana 가입자 ID 카드를 받으면 담당 PCP의 이름 및 전화번호가 인쇄되므로 언제든지 편리하게 사용할 수 있습니다.

PCP 변경

가입자는 언제나 어떠한 이유로든 PCP를 변경할 수 있습니다. 또한 담당 PCP가 플랜의 제공자 네트워크를 떠나서 새로운 PCP를 찾아야 할 수도 있습니다.

PCP를 변경하려면 고객지원팀에 문의하십시오. 새로운 PCP의 환자로 등록하고 갱신된 가입자 ID 카드를 보내드릴 것입니다. 변경 사항은 일반적으로 가입자가 요청한 다음 달의 첫 날에 적용됩니다.

현재 기존 PCP의 의뢰서가 필요한 전문의 또는 다른 제공자에게 진료를 받는 경우 고객지원팀에 반드시 알려야 합니다. 이미 승인된 모든 서비스를 계속 이용할 수 있습니다.

2.2절 PCP의 의뢰서 없이 어떠한 의료 서비스를 받을 수 있습니까?

PCP의 사전 승인 없이도 아래 나열한 서비스를 받을 수 있습니다.

- 유방 검사, 선별 유방조영상(유방 엑스레이), 팍 테스트, 골반 진찰을 포함하여 네트워크 제공자에게 주기적으로 받는 여성 건강 관리.

3장 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

- 네트워크 제공자에게 받는 독감 주사, COVID-19 예방 접종, B형 간염 예방 접종, 폐렴 예방 접종.
- 네트워크 제공자 또는 네트워크 외 제공자가 제공하는 응급 서비스.
- 긴급하게 필요한 서비스는 네트워크 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 찾지 못할 때 또는 가입자가 서비스 지역을 벗어난 상태에서 제공받는 응급 서비스가 아닌 보장 서비스입니다. 예를 들어, 주말에 즉시 치료를 받아야 하는 상황이 여기에 해당할 수 있습니다. 서비스는 즉시 필요하며 의료적 필요성이 있습니다.
- 가입자가 일시적으로 플랜의 서비스 지역을 벗어난 경우 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스. 가능하다면 서비스 지역을 벗어나기 전에 고객지원팀에 연락하십시오. 서비스 지역 외에서도 계속해서 투석을 할 수 있도록 도와드리겠습니다.
- 네트워크 제공자가 제공하며 보험 혜택을 받는 모든 예방 서비스. 이러한 서비스는 4장의 의료 혜택 차트에 📍표시로 나와 있습니다.
- 플랜에서 보장하는 보충 혜택. 이러한 서비스는 4장의 의료 혜택 차트에서 별표(*)가 표시되어 있습니다.

2.3절

전문의 및 다른 네트워크 제공자의 의료 서비스를 받는 방법

전문의는 특정 질병 또는 특정 신체 부위에 대한 건강 관리 서비스를 제공하는 의사로, 진료 과목에 따라 매우 다양합니다. 몇 가지 예를 들면,

- 종양 전문의는 종양 환자를 치료합니다
- 심장 전문의는 심장 질환 환자를 치료합니다
- 정형외과 전문의는 특정 뼈, 관절, 근육 질환 환자를 치료합니다

의뢰서

전문의의 진료를 받기 위해 PCP의 의뢰서가 필요할 수 있습니다. 전문의의 한 가지 진료 유형에 대하여 의뢰서를 받은 경우에도, 새로운 서비스나 치료를 추가할 경우 담당 PCP에게서 다시 의뢰서를 받아야 할 수 있습니다.

모든 네트워크 내 전문의는 [Humana.com/findadoctor](https://www.humana.com/findadoctor)에 나온 **제공자 명부**에 수록되어 있습니다. 담당 PCP가 모든 네트워크 제공자에 대하여 의뢰서를 하지는 않는다는 점을 명심하십시오. 담당 PCP가 의뢰서를 제공할 때 어떤 병원과 전문의를 이용는지 확인해야 합니다.

일부 유형의 서비스는 담당 PCP가 당사 플랜으로부터 사전에 승인을 받아야 할 수 있습니다(이를 "사전 승인"이라고 합니다). 사전 승인이 필요한 서비스에 대한 자세한 내용은 4장 2.1절을 참조하십시오.

전문의 또는 다른 네트워크 제공자가 플랜을 떠나면 어떻게 합니까?

가입자의 플랜에 속한 병원, 의사, 전문의(의료 제공자)를 당사가 해당 연도 이내에 변경할 수 있습니다. 가입자의 의사 또는 전문의가 가입자의 플랜을 탈퇴하는 경우, 가입자는 아래에 요약된 특정한 권리와 보호를 받게 됩니다.

- 당사의 의료 제공자 네트워크가 연중 변경될지라도 Medicare 요구에 따라 당사는 자격을 갖춘 의사와 전문의를 가입자가 중단 없이 이용할 수 있도록 합니다.
- 당사는 가입자의 의료 제공자가 당사의 플랜을 탈퇴한다는 내용을 통보하여 가입자가 새로운 의료 제공자를 선택할 시간을 갖도록 할 것입니다.

3장 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

- 가입자의 일차의료 제공자 또는 행동 건강 의료 제공자가 플랜을 탈퇴하는 경우, 당사는 가입자가 지난 3년 내에 해당 의료 제공자의 서비스를 받은 적이 있을 경우 가입자에게 통보할 것입니다.
- 귀하의 다른 의료 제공자가 당사의 플랜을 탈퇴하는 경우, 당사는 가입자가 해당 의료 제공자에게 배정되거나, 현재 해당 의료 제공자로부터 치료를 받고 있거나, 지난 3개월 이내에 서비스를 받은 적이 있을 경우 가입자에게 통보할 것입니다.
- 당사는 가입자가 지속적인 치료를 위해 접근할 수 있는 새로운 적격 네트워크 제공자를 선택하는 데 도움을 드릴 것입니다.
- 가입자가 현재 의료 제공자로부터 치료 또는 요법을 받고 있는 경우 중단 없는 치료 또는 요법을 요청할 권리가 있으며, 당사는 가입자가 현재 받고 있는 의료적 필요성이 있는 치료 또는 요법이 계속되도록 노력할 것입니다.
- 당사는 가입자에게 제공되는 다양한 등록 기간 및 플랜 변경 관련 이용 가능한 옵션에 대한 정보를 제공할 것입니다.
- 당사는 당사 의료 제공자 네트워크 외에서 의료적으로 필요한 보장 혜택을 준비할 것이지만, 네트워크 제공자 또는 혜택이 제공되지 않거나 가입자의 의료적 요구를 충족하기에 불충분한 경우 네트워크 비용 분담금을 통해서 이를 수행할 것입니다. 서비스를 보장받으려면 사전 승인이 필요합니다.
- 가입자의 의사 또는 전문의가 플랜에서 탈퇴하는 것을 알게 된 경우, 당사로 연락하면 새 의료 제공자를 찾고 가입자의 의료 서비스를 관리하도록 도울 수 있습니다.
- 가입자에게 이전 의료 제공자를 대체할 자격을 갖춘 의료 제공자를 당사가 제공하지 않았거나 가입자의 건강 관리가 적절하게 이루어지지 않고 있다고 여기는 경우, 가입자는 QIO에 의료의 질에 대해 불만을 제기하거나, 플랜에 의료의 질에 대한 고충을 신고하거나, 두 기관 모두에 불만을 제기할 수 있습니다. 9장을 참조하십시오.

2.4절

네트워크 외 제공자로부터 진료를 받는 방법

네트워크 PCP 또는 플랜으로부터 사전에 승인을 받아야 네트워크 외 제공자를 이용할 수 있습니다. 이를 "의뢰서"라고 합니다. 의뢰서에 대한 자세한 내용과 의뢰서 없이 네트워크 외 제공자를 만날 수 있는 상황(응급 상황 등)에 대한 설명은 이 장의 2.2절과 2.3절을 참조하십시오. 네트워크 외 제공자의 서비스를 이용하기 전에 의뢰서(사전 승인)를 받지 못한 경우, 이러한 서비스에 대한 비용을 직접 지불해야 할 수 있습니다.

네트워크 외 제공자에 문의하여 당사가 보장해야 한다고 가입자가 생각하는 서비스에 대해 플랜에 청구하십시오. 해당 제공자가 플랜에 청구하기를 거부하고 가입자가 생각하기에 당사가 지불해야 하는 사항을 귀하에게 청구하는 경우, 가입자는 해당 청구서를 당사에 보낼 수 있습니다. 해당 제공자가 플랜에 청구하기를 거부하고 가입자가 해당 제공자에게 지불하는 경우, 당사는 보장 서비스에 대한 비용의 당사 분담금을 가입자에게 상환할 것입니다. 청구서를 받거나 상환을 요청해야 하는 경우에 대한 자세한 내용은 7장(보장 대상 의료 서비스 또는 의약품에 대해 받은 청구서의 분담 요청)을 참조하십시오.

일부 유형의 서비스는 담당 의사가 당사 플랜으로부터 사전에 승인을 받아야 할 수 있습니다(이를 "사전 승인"이라고 합니다). 사전 승인이 필요한 서비스에 대한 자세한 내용은 4장 2.1절을 참조하십시오.

참고: 가입자는 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 서비스에 대해 네트워크 외 제공자로부터 서비스를 받을 수 있습니다. 또한 플랜 서비스 지역을 벗어나 계약된 ESRD 제공자를 이용할 수 없는 ESRD 가입자의 투석 서비스도 플랜에 포함되어야 합니다.

3장 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기**3절 응급 상황 또는 긴급 치료가 필요하거나 재해 발생 시 서비스를 받는 방법****3.1절 의료적 응급 상황에서 진료 받기****의료적 응급 상황이란 무엇이며, 이러한 상황이 발생한 경우 어떻게 해야 하나요?**

의료적 응급 상황이란 건강과 의학과 관련하여 평균적인 지식을 갖고 있는 가입자 또는 기타 신중한 비전문가가 인명 손실(임신한 여성의 경우 태아 상실), 사지 상실 또는 사지 기능 상실, 또는 신체 기능의 상실이나 심각한 손상의 의 방지를 위해 즉각적인 치료가 필요한 의학적 증상이 있다고 여기는 경우를 말합니다. 의학적 증상은 질병, 부상, 심각한 통증 또는 빠르게 악화되는 질환일 수 있습니다.

응급 상황이 발생한 경우:

- **가능한 한 빨리 도움을 받으십시오.** 911에 전화를 걸어 도움을 요청하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원에 가십시오. 필요한 경우 구급차를 부르십시오. PCP로부터 먼저 승인이나 의뢰서를 받지 않아도 됩니다. 네트워크 의사를 이용할 필요는 없습니다. 필요할 때마다 미국 내 또는 미국령 영토 내의 어느 곳에서나 네트워크에 속하지 않더라도 적절한 주 면허를 가진 모든 제공자로부터 응급 의료 서비스를 받을 수 있습니다.
- **응급 상황이 발생한 것을 플랜사에 알렸는지 가능한 한 빨리 확인하십시오.** 응급 진료에 대한 후속 조치가 필요합니다. 보통 48시간 이내에 가입자나 다른 사람이 당사에 연락하여 가입자의 응급 진료 사실을 알려주어야 합니다. 이 문서의 뒷표지에 있는 전화번호로 고객지원팀에 연락하십시오.

의료적 응급 상황이 발생한 경우 보장하는 서비스는 무엇입니까?

당사의 플랜은 구급차가 아닌 다른 수단으로 응급실로 가는 것이 가입자의 건강을 위험에 빠뜨릴 수 있는 상황에서 구급차 서비스 이용을 보장합니다. 응급 상황 시 의료 서비스도 보장해 드립니다.

환자의 상태가 안정되고 의료적 응급 상황이 끝나는 시기는 응급 진료를 하는 의사가 결정합니다.

응급 상황이 끝난 후, 환자의 상태가 지속적으로 안정을 유지하도록 후속 진료를 할 수 있습니다. 담당 의사는 당사에 연락하여 추가 치료 계획을 수립할 때까지 계속해서 귀하에게 치료를 제공할 것입니다. 후속 진료도 당사의 플랜으로 보장합니다. 네트워크 외 제공자가 가입자에게 응급 진료를 제공하는 경우, 당사는 환자의 상태와 상황이 허용하는 즉시 네트워크 제공자가 가입자의 진료를 맡도록 준비하려고 노력합니다.

의료적 응급 상황이 아닌 경우 어떻게 해야 하나요?

의료적 응급 상황이 발생했는지 알기 어려울 때가 있습니다. 예를 들어, 가입자가 자신의 건강이 심각한 위험에 처해 있다고 생각하여 응급 진료를 받으러 갔는데 의사는 의료적 응급 상황이 아니라고 말할 수도 있습니다. 만약 응급 상황이 아니라고 밝혀지더라도, 가입자가 건강에 심각한 위험이 닥쳤다고 생각할 만한 합리적인 이유가 있다면, 당사의 보험 혜택을 적용할 것입니다.

그러나 의사가 응급 상황이 *아니라고* 말한 후에는 다음의 두 가지 방법 중 하나로 추가 진료를 받는 *경우에만* 추가 진료에 보험 혜택을 적용할 수 있습니다.

- 네트워크 제공자에게 추가 진료를 받습니다.
- - 또는 - 추가 진료를 긴급하게 필요한 서비스로 간주하여 이러한 긴급 치료 서비스 관련 규정을 따릅니다(이에 대한 자세한 내용은 아래의 3.2절을 참조하십시오).

3장 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기**3.2절 긴급 치료가 필요할 때 진료받기****긴급하게 필요한 서비스란 무엇입니까?**

긴급하게 필요한 서비스는 즉각적인 의료 서비스가 필요하지만 상황에 비추어 볼 때 네트워크 제공자로부터 이러한 서비스를 받는 것이 불가능하거나 타당하지 않은 비응급 상황입니다. 플랜은 네트워크 외에서 제공되는 긴급하게 필요한 서비스를 보장해야 합니다. 긴급하게 필요한 서비스의 몇 가지 예는 i) 주말에 발생한 심한 인후통 또는 ii) 일시적으로 서비스 지역 밖에 있을 때 질병이 갑작스럽게 재발하는 경우입니다.

긴급 치료가 필요할 때 플랜의 서비스 지역에 있다면 어떻게 해야 하나요?

항상 네트워크 제공자로부터 긴급하게 필요한 서비스를 받으려 시도해야 합니다. 그러나 네트워크 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 찾을 수 없고 진료를 받기 위해 기다리지 못할 합리적인 이유가 있다면, 네트워크 외 제공자가 제공한 긴급하게 필요한 서비스에도 보험 혜택을 적용할 것입니다.

플랜의 *제공자 명부*에서 해당 지역의 어떤 긴급 치료 시설이 네트워크에 포함되어 있는지 알아볼 수 있습니다. 이 정보는 [Humana.com/findadoctor](https://www.humana.com/findadoctor)에서 온라인으로도 확인할 수 있습니다. 긴급하게 필요한 서비스에 관하여 기타 궁금한 점이 있다면 고객센터에 문의하십시오(전화번호는 이 문서의 뒷표지에 안내됨).

긴급 치료가 필요할 때 플랜의 서비스 지역 밖에 있다면 어떻게 해야 하나요?

가입자가 서비스 지역 밖에 있고 네트워크 제공자의 진료를 받을 수 없는 경우, 어느 제공자가 제공하는 가입자가 받은 긴급하게 필요한 서비스를 보장합니다.

당사의 플랜은 다음과 같은 상황에서 미국 이외의 지역에서 받는 전 세계 응급 진료 및 긴급 치료 서비스를 보장합니다. 미국 및 그 부속령에서 응급 상황이 발생하거나 긴급 치료가 필요한 경우, 가입자는 이러한 서비스에 대한 비용을 일단 지불해야 합니다. 이후 적절한 절차를 통해 당사에 상환을 요청할 수 있습니다. 당사는 미국과 그 부속령에서 가입자가 받은 네트워크 외 응급 진료 및 긴급 치료 서비스에 대한 비용을 환급해 드립니다. 그러나 환급금은 해당 서비스를 미국 내 가입자가 거주하는 지역에서 받은 경우 Original Medicare가 지불하는 금액을 초과할 수 없습니다. 당사가 가입자에게 지급하는 금액은 해당하는 비용 분담금 규정에 따라 줄어들 것입니다. Original Medicare가 상환하는 금액을 초과하지 않는 금액을 상환하고, 외국의 의료 제공자는 Original Medicare가 지불하는 금액보다 더 많은 서비스 비용을 청구할 수 있기 때문에, 당사의 총 상환액과 해당하는 비용 분담금의 합계는 가입자가 외국의 의료 제공자에게 지불하는 금액보다 적을 수 있습니다. 이는 일반적인 경우에 Medicare에서 보장하지 않는 보충 혜택입니다. 환급을 받으려면 지불에 대한 증빙 서류를 Humana에 제출해야 합니다. 자세한 내용은 4장(의료 혜택 차트, 보장 내용)을 참조하십시오. 만약 가입자가 보장 서비스에 대한 비용을 이미 지불한 경우, 당사는 해당 서비스 비용 중 당사 분담 금액을 가입자에게 상환할 것입니다. 가입자는 비용 지불을 위해 의료 기록과 청구서를 당사에 보낼 수 있습니다. 청구서를 받거나 상환을 요청해야 하는 경우에 대한 자세한 내용은 7장(보장 대상 의료 서비스 또는 의약품에 대해 받은 청구서의 분담 요청)을 참조하십시오.

3.3절 재해 발생 시 진료

가입자가 거주하는 지역에 주지사, 미국 보건부 장관, 미국 대통령이 재난 사태를 선포하거나 응급 상황이 발생하는 경우, 가입자는 여전히 플랜을 통해 의료 서비스를 받을 수 있습니다.

재해 발생 시 의료 서비스를 받는 방법에 대한 자세한 내용은 다음 웹사이트를 방문하십시오.

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

3장 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

재해 발생 시 네트워크 제공자를 이용할 수 없는 경우에는 네트워크 내 비용 부담금을 통해 네트워크 외 제공자로부터 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 재해 발생 시 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우 네트워크 외 약국에서 처방약을 구입할 수 있습니다. 자세한 내용은 5장 2.5절을 참조하십시오.

4절 서비스의 전체 비용을 직접 청구받은 경우 어떻게 해야 합니까?**4.1절 보장 서비스 비용 중 당사 부담 금액을 지불하도록 요청할 수 있습니다**

보장 서비스에 대한 본인부담비용보다 많은 금액을 지불했거나 보장 의료 서비스의 전체 비용에 대한 청구서를 받은 경우, 7장(보장 의료 서비스 또는 의약품에 대해 받은 청구서의 부담 요청)에서 어떻게 해야 하는지 확인하십시오.

4.2절 본 플랜에서 서비스가 보장되지 않을 때 가입자가 해야 할 일

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 이 문서의 4장, 의료 혜택 차트에 나열된 것처럼 의료적 필요성이 있는 모든 서비스를 포괄합니다. 당사의 플랜에 포함되지 않는 서비스 또는 당사의 승인이 없는 네트워크 외 서비스를 받은 경우에는 가입자가 해당 서비스의 비용 일체를 지불해야 합니다.

혜택에 제한이 있는 보장 서비스의 경우, 가입자는 보장 서비스 유형에 따른 혜택을 사용한 후에 제공된 서비스 비용 또한 전부 지불하게 됩니다. 혜택 한도에 도달한 이후 지불하는 비용은 본인부담 상한액에 **포함되지 않습니다**. 이미 사용한 혜택과 잔여 한도를 알고 싶은 경우 고객센터에 문의할 수 있습니다.

5절 가입자가 임상 연구에 참여할 때 의료 서비스를 어떻게 보장합니까?**5.1절 임상 연구란 무엇입니까?**

임상 연구(임상 시험이라고도 함)는 의사와 과학자가 새로운 유형의 의료 서비스를 테스트하는 방법으로, 새로운 항암제가 잘 작용하는지 알아보는 식입니다. 특정 임상 연구는 Medicare의 승인을 받습니다. Medicare가 승인한 임상 연구는 일반적으로 자원자에게 연구 참여를 요청합니다.

Medicare가 연구를 승인하고 가입자가 참여 의사를 밝히면 담당자가 연락하여 연구에 대해 자세히 설명하고, 환자가 연구를 진행 중인 과학자들이 정한 요건을 충족하는지 알아볼 것입니다. 가입자가 요건을 충족하고 연구에 참여할 경우 어떤 것에 관련되는지 완전히 이해하고 동의한다면, 연구에 참여할 수 있습니다.

플랜 가입자가 Medicare 승인 연구에 참여하는 경우, 연구의 일환으로 받는 보장 서비스 비용 대부분을 Original Medicare가 부담합니다. 가입자가 당사에 자격을 갖춘 임상 연구에 참여 중인 것을 알리는 경우 가입자는 해당 연구의 서비스에 대한 네트워크 내 비용 부담금만 부담하게 됩니다. 예를 들어, Original Medicare 비용 부담금을 이미 지불한 경우, 당사는 귀하가 지불한 금액과 네트워크 내 비용 부담금의 차액을 상환합니다. 단, 지불한 금액이 나와 있는 증빙 자료를 제출해야 합니다. 임상 연구 참여 시, 가입자는 당사의 플랜에 여전히 가입된 상태로 플랜을 통해 나머지 진료(연구와 관련되지 않은 진료)를 계속 받을 수 있습니다.

3장 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

Medicare 승인 임상 연구에 참여하려는 경우, 당사에 알려거나 당사 또는 PCP의 승인을 받지 *않아*도 됩니다. 임상 연구의 일환으로 가입자에게 의료 서비스를 제공하는 제공자는 플랜의 제공자 네트워크에 속하지 *않아*도 됩니다. 여기에는 구성 요소로서 혜택을 평가하기 위한 임상 시험 또는 등록부를 포함하는 당사 플랜이 책임지는 혜택은 포함되지 않습니다. 여기에는 전국 보장 결정(NCD) 및 조사 장치 면제(IDE)에 명시된 특정 혜택이 포함되며 사전 승인 및 기타 플랜 규칙의 적용을 받을 수 있습니다.

Original Medicare에 의해 Medicare Advantage 가입자에 대해 보장되는 임상 연구에 참여하기 위해 당사 플랜의 승인을 받을 필요는 없지만 Medicare 승인 임상 시험에 참여하려는 경우에는 사전에 당사에 통지하는 것이 좋습니다.

Medicare 또는 당사 플랜이 승인하지 *않은* 연구에 가입자가 참여하는 경우, *가입자는 연구 참여에 대한 모든 비용을 지불해야 합니다.*

5.2절 임상 연구에 참여할 때 비용은 누가 어떻게 지불합니까?

플랜 가입자가 Medicare 승인 임상 연구에 참여할 경우, Original Medicare는 연구의 일환으로 다음과 같은 일상적인 품목 및 서비스를 지원합니다.

- 연구에 참여하지 *않아*도 Medicare가 지불하는 병원 입원 시 병실료 및 식대
- 임상 연구의 일환인 수술 또는 기타 의료 시술
- 새로운 치료법의 부작용 및 합병증 치료

Medicare가 이러한 서비스 비용에 대한 분담 금액을 지불한 후, 당사 플랜에서 나머지 비용을 지불합니다. 모든 보장 서비스와 마찬가지로, 귀하는 임상 연구 시험에서 받는 보장 서비스에 대해 지불하지 않습니다.

가입자가 임상 연구에 참여할 경우, **Medicare와 당사 플랜 모두 다음에 해당하는 비용은 지불하지 않습니다.**

- 임상 연구에서 테스트하는 새로운 품목 및 서비스 비용의 경우, Medicare에서 해당 품목이나 서비스를 보장하지 않는 이상 일반적으로 Medicare가 *지불하지 않습니다.* 가입자가 연구에 *참여하지 않았더라도* 마찬가지입니다.
- 가입자의 건강 관리와 직접적인 관련이 없고 오직 데이터 수집을 위해 제공되는 품목 또는 서비스. 예컨대 환자의 상태로 보아 CT 스캔이 단 1회만 필요한 경우, 연구의 일환으로 매월 CT 스캔을 하더라도 Medicare는 그 비용을 지불하지 않습니다.

더 알고 싶으십니까?

Medicare 웹사이트를 방문하여 Medicare and Clinical Research Studies(Medicare 및 임상 연구) 간행물을 읽거나 다운로드하여 임상 연구 참가에 대한 더 자세한 정보를 얻을 수 있습니다(간행물 링크: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). 연중무휴 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로도 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오.

3장 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기**6절 종교적인 비의료 건강 관리 기관에서 제공하는 서비스 관련 규정****6.1절 종교적인 비의료 건강 관리 기관이란 무엇입니까?**

종교적인 비의료 건강 관리 기관이란 일반적으로 병원 또는 전문요양시설에서 치료하는 질환에 대한 의료 서비스를 제공하는 시설입니다. 병원 또는 전문요양시설에서 받는 의료 서비스가 플랜 가입자의 신앙에 반하는 경우, 당사는 종교적인 비의료 건강 관리 기관에서 제공하는 서비스도 보장합니다. 이 혜택은 파트 A 입원 서비스(비의료 건강 관리 서비스)에만 적용됩니다.

6.2절 종교적인 비의료 건강 관리 기관에서 진료 받기

종교적인 비의료 건강 관리 기관에서 진료를 받으려면 **예외적이지 않은** 치료를 받는 데 양심적으로 반대한다는 법률 문서에 서명해야 합니다.

- **예외적이지 않은** 의료 서비스나 치료는 자발적이고 연방법, 주법, 지방법으로 요구되지 않는 의료 서비스 또는 치료를 의미합니다.
- **예외적인** 치료는 자발적이지 않거나 연방법, 주법, 지방법의 요구에 따라 가입자가 받는 의료 서비스 또는 치료를 의미합니다.

당사의 플랜에 따라 보장을 받으려면, 종교적인 비의료 건강 관리 기관에서 가입자가 받은 의료 서비스가 다음의 조건을 충족해야 합니다.

- 의료 서비스를 제공하는 시설은 반드시 Medicare 인증을 받아야 합니다.
- 가입자가 받는 서비스에 대한 당사 플랜의 보장 범위는 진료의 비종교적 측면으로 제한합니다.
- 가입자가 해당 시설 내에서 제공하는 의료 서비스를 받는 경우, 다음의 조건을 적용합니다.
 - 가입자에게 질환이 있어야 병원 입원진료 또는 전문요양시설 케어 등의 보장 서비스를 받을 수 있습니다.
 - 또한 - 시설에 입원하기 전에 플랜의 승인을 받아야 합니다. 그렇지 않으면 입원 기간 동안 보험 혜택이 적용되지 않습니다.

Medicare 입원진료 병원 보장 범위가 적용됩니다(4장의 의료 혜택 차트를 참조하십시오).

7절 내구성 의료 장비의 소유권 규정**7.1절 플랜에 따라 일정 횟수 지불 후에 내구성 의료 장비를 소유하겠습니까?**

내구성 의료 장비(DME)에는 산소 호흡 장비 및 용품, 휠체어, 성인 보행기, 전동 침대 시스템, 목발, 당뇨 용품, 음성출력통신 보조장치(SGD), 정맥 주입 펌프, 의료용 분무기, 가정에서 사용하려고 제공자가 주문한 의료용 침대 등의 품목이 포함됩니다. 인공 보철물 같은 특정 품목은 항상 가입자가 직접 구입해야 합니다. 이 절에서는 가입자가 대여해야 하는 다른 유형의 DME에 대해 설명합니다.

3장 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

Original Medicare에서는 특정 유형의 DME를 대여한 사람이 13개월 동안 해당 품목에 대한 공동 부담금을 지불한 후 장비를 소유하게 됩니다. 그러나 일반적으로 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 가입자는 당사 플랜에 가입되어 있는 동안 아무리 많은 공동 부담금을 내거나 Original Medicare에 따라 DME 항목에 대해 최대 12회 연속 지불을 했더라도 대여한 DME 품목의 소유권을 취득하지 않습니다. 특정한 제한적 상황에서 DME 품목의 소유권을 가입자에게 이전할 수 있습니다. 자세한 내용은 고객지원팀에 문의하십시오.

Original Medicare로 전환할 경우, 내구성 의료 장비에 대한 비용 지불은 어떻게 됩니까?

당사 플랜 가입 기간에 내구성 의료 장비(DME) 항목의 소유권을 취득하지 않은 경우, 가입자는 Original Medicare로 전환한 후 13개월 연속으로 비용을 지불해야 해당 품목을 소유할 수 있습니다. 플랜에 가입되어 있는 동안 지불한 금액은 포함되지 않습니다.

예시 1: 가입자가 Original Medicare의 품목에 대해 12개월 이하 연속으로 지불을 한 후 당사의 플랜에 가입했습니다. Original Medicare에서 지불한 금액은 계산에 포함되지 않습니다. 품목을 소유하려면 플랜에 13개월 동안 지불해야 합니다.

예시 2: 가입자가 Original Medicare의 품목에 대해 12개월 이하 연속으로 지불을 한 후 당사의 플랜에 가입했습니다. 가입자가 플랜에 가입되어 있었지만 가입된 기간에 소유권을 획득하지 않고 Original Medicare로 돌아갔습니다. Original Medicare에 다시 가입하고 나서 해당 품목을 소유하려면 13개월 연속으로 비용을 새로 지불해야 합니다. 이전의 모든 지불 금액(당사 플랜 또는 Original Medicare)은 계산에 포함되지 않습니다.

7.2절**산소 호흡 장비와 용품 및 유지관리 규정****산소 호흡 관련하여 어떤 혜택이 있습니까?**

가입자가 Medicare 산소 호흡 장비 보장 자격을 갖춘 경우, Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 다음의 사항을 보장합니다.

- 산소 호흡 장비 대여
- 산소 및 산소 함량 공급
- 산소 및 산소 함량 공급을 위한 튜브와 산소 호흡 관련 부속품
- 산소 호흡 장비 유지관리 및 보수

가입자가 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)을 탈퇴하거나 의료적으로 산소 호흡 장비가 필요하지 않게 된 경우, 산소 호흡 장비를 반납해야 합니다.

플랜을 탈퇴하고 Original Medicare로 돌아가면 어떻게 됩니까?

Original Medicare는 산소 공급업체가 5년간 서비스를 제공할 것을 요구합니다. 첫 36개월 동안은 장비를 임대합니다. 남은 24개월 동안 공급자가 장비 및 유지관리 서비스를 제공합니다(산소에 대한 공동 부담금은 가입자가 부담). 5년 후에는 같은 회사의 장비를 사용하거나 다른 회사 제품으로 바꿀 수 있습니다. 이 때, 같은 회사의 장비를 계속 이용한다 하더라도 5년의 주기가 다시 시작되어 첫 36개월 동안 공동 부담금을 지불해야 합니다. 당사 플랜에 가입하거나 탈퇴할 경우 5년 주기가 다시 시작됩니다.

4장: 의료 혜택 차트(보장 내용)

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)**1절 보장 서비스 이해**

이 장에는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 가입자로서 귀하의 보장 서비스가 나열된 의료 혜택 차트가 나와 있습니다. 보장되지 않는 의료 서비스에 대한 정보를 이 장의 뒷부분에서 찾을 수 있습니다. 특정 서비스에 대한 제한도 설명합니다. 또한 이 장의 차트에 나열된 특정 보충 혜택에 적용하는 제외 및 제한 사항을 참조하십시오.

1.1절 가입자는 보장 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않습니다

Apple Health(Medicaid)의 Medicare 분담 비용 지원을 받는 경우 가입자가 진료를 받기 위한 플랜의 규칙을 준수하는 한 보장 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않습니다. 진료를 받기 위한 플랜의 규칙에 대한 자세한 정보는 3장을 참조하십시오. 가입자가 Medicare 분담 비용 지원을 받는 경우 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 제공자는 Medicaid 지불 금액이 없거나 제공자가 Medicaid에 등록하지 않는 경우에도 공제금, 공동 보험비용, 공동 부담금 등의 Medicare 파트 A 및 파트 B의 보장을 받는 서비스 및 품목에 대해 수급하거나 청구할 수 없습니다. 제공자가 지불을 요청할 경우 이는 법에 위배됩니다. 그러나 가입자가 소액의 Medicaid 공동 부담금에 대해 책임을 질 수는 있습니다.

가입자가 Medicare 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 공제금, 공동 보험비용 또는 공동 부담금에 대해 제공자에게 지불하도록 요청을 받거나 청구된 경우 가입자는 비용 부담금 보호를 받으며 청구할 수 없다고 제공자에게 말하십시오. 이미 지불하신 경우 환불받을 권리가 있습니다. 제공자가 청구를 중지하지 않을 경우 고객지원팀으로 문의하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227, TTY 1-877-486-2048)로 전화하여 Medicare에 문의할 수 있습니다. 고객지원팀 또는 Medicare는 제공자에게 청구 중지 및 지불 금액 환불을 요청할 수 있습니다.

의료 제공자는 공제금, 공동 보험비용 또는 공동 부담금에 적용되는 금액에 대한 추가 2차 지불을 고려하기 위해 Apple Health(Medicaid)에 제출할 수 있습니다. 비용 부담금이 보호되는 경우, 제공자는 연방 규정에 따라 Medicaid 지불 금액이 없거나 제공자가 Medicaid에 등록하지 않는 경우에도 Medicare 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 전액 지불 수단으로 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136 (HMO D-SNP)의 1차 지불과 Apple Health(Medicaid)의 2차 지불을 수락해야 합니다.

1.2절 Medicare 파트 A와 파트 B 보장 의료 서비스에 대해 가입자가 지불할 최대 비용은 얼마입니까?

참고: 가입자는 Apple Health(Medicaid)의 지원도 받기 때문에, 최대 본인부담비용에 도달하는 경우는 극히 드뭅니다. 귀하는 보상 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인부담비용에 대해 어떠한 본인부담액도 지불할 책임을 지지 않습니다.

Medicare Advantage 플랜 가입자의 경우, Medicare 파트 A 및 파트 B에서 보장하는 의료 서비스에 대하여 매년 가입자가 지불해야 하는 본인부담비용에 제한이 있습니다. 이 제한을 의료 서비스에 대한 최대 본인부담비용(MOOP)이라고 합니다. 2024년의 경우 이 금액은 **\$8,850**(네트워크 내)입니다.

보장 서비스에 대하여 가입자가 지불하는 공동 부담금 및 공동 보험비용을 이 최대 본인부담비용에 포함합니다. 가입자의 플랜 보험료와 파트 D 처방약에 지불하는 금액은 최대 본인부담비용에 포함되지 않습니다. 또한 가입자가 지불하는 일부 서비스 금액도 최대 본인부담비용에 포함되지 않습니다. 이러한 서비스는 의료 혜택 차트에서 별표로 표시됩니다. 최대 본인부담비용인 **\$8,850**에 도달한 경우, 가입자는 보장 파트 A 및 파트 B 서비스에 대하여 해당 연도의 남은 기간 동안 본인부담비용을 지불하지 않아도 됩니다. 그러나 Medicare 파트 B 보험료를 Apple Health(Medicaid) 또는 다른 제3자가 대신 지급하지 않는 한, 플랜 보험료와 Medicare 파트 B 보험료는 계속 지불해야 합니다.

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

2절 의료 혜택 차트를 이용한 적용 대상 확인

2.1절 플랜 가입자가 받는 의료 혜택

다음 페이지의 의료 혜택 차트는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 보장 서비스를 나열합니다. 파트 D 처방약 보장은 5장을 참조하십시오. 의료 혜택 차트에 나열된 서비스는 다음과 같은 보장 요건을 충족하는 경우에만 보장됩니다.

- Medicare 보장 서비스는 Medicare에서 정한 보장 지침에 따라 제공해야 합니다.
- 가입자가 받은 서비스(의료 서비스, 의료 용품, 의료 장비, 파트 B 처방약 포함)는 반드시 의료적 필요성이 있는 서비스여야 합니다. 의료적 필요성이란 귀하의 질환을 예방, 진단 또는 치료하는 데 필요하고 허용되는 의료 행위 기준을 충족하는 서비스, 의료 용품 또는 약을 의미합니다.
- 네트워크 제공자로부터 의료 서비스를 받습니다. 응급 상황이거나 긴급 치료가 필요한 경우 또는 플랜이나 네트워크 제공자가 가입자에게 의뢰서를 제공한 경우가 아니면, 대부분의 경우 네트워크 외 제공자에게 받은 의료 서비스는 보장하지 않습니다. 이는 제공자에게 제공하는 서비스에 대해 가입자가 전액을 지불해야 한다는 것을 의미합니다.
- 가입자의 건강을 관리하고 감독하는 일차의료 제공자(PCP)가 지정되어 있습니다. 대부분의 경우 PCP의 사전 승인 후에 다른 네트워크 제공자를 만나볼 수 있습니다. 이를 의뢰서라고 합니다.
- 의료 혜택 차트에 나열된 서비스 중 일부는 의사 또는 다른 네트워크 제공자가 사전에 당사로부터 승인을 받은 경우에만 적용됩니다(사전 승인이라고도 합니다). 사전 허가가 필요한 보장 서비스는 의료 혜택 차트에 각주로 표시됩니다. 또한 의료 혜택 차트에 나오지 않은 서비스는 사전 승인이 필요합니다.

> 사전 허가 목록은 [Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL)에서 볼 수 있습니다.

당사 플랜의 보장에 대하여 알아야 할 중요한 사항:

- Medicare와 Medicaid의 보장을 모두 받습니다. Medicare는 건강 보험 및 처방약을 보장합니다. Medicaid는 Apple Health(Medicaid)에서 비용 부담 지원을 받는 모든 가입자에 대하여 Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료, 공제금 및 비용 부담금뿐만 아니라 플랜 의료 공제금 및 비용 부담금 등 Medicare 서비스에 대한 가입자의 비용 부담금을 보장할 수 있습니다. Apple Health(Medicaid)는 Medicare가 보장하지 않는 서비스도 보장할 수 있습니다.
- 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로, Original Medicare에서 보장하는 모든 내용을 보장합니다 (Original Medicare의 보장 내용 및 지불 비용에 대하여 자세히 알고 싶다면 *Medicare & You 2024* 핸드북을 참조하십시오. 이 내용은 www.medicare.gov에서 온라인으로 확인할 수 있으며, 연중무휴, 하루 24 시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하여 책자 사본을 요청할 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오).
- Original Medicare에서 무료로 제공되는 모든 예방 서비스는 당사 플랜도 무료로 제공합니다.
- Medicare가 2024년에 새로운 서비스에 대한 보장을 추가할 경우, Medicare 또는 당사 플랜에 해당 서비스가 포함됩니다.
 - 당사 플랜이 제공하는 6개월의 가입 자격 유지 간주 기간이 끝나지 않은 경우, 당사는 Medicare Advantage 플랜이 보장하는 Medicare 혜택을 계속해서 제공합니다. 그러나 이 기간 동안 "부가 지원"

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

수준에 따라 가입자에게 파트 D 보험료 및 파트 D 비용 부담금이 적용될 수 있습니다. 또한, Apple Health(Medicaid) 자격의 수준에 따라 가입자는 Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료에 대한 책임을 질 수 있습니다. 당사는 이 기간에 Medicare Advantage 플랜이 보장하는 가입자의 비용 부담을 계속해서 보장합니다. 이 기간 동안 Medicare 기본 및 보충 혜택에 대한 플랜 비용 부담금은 변경되지 않습니다.

가입자는 위에서 설명한 보장 요구 조건을 충족하는 한 혜택 차트에 나열된 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않습니다. 제공자가 귀하에게 추가 보장이 있을 수 있음을 알릴 수 있도록 반드시 Apple Health(Medicaid) ID 카드를 귀하의 Humana 가입자 카드와 함께 제시해 주십시오. 귀하의 서비스 비용은 Humana에서 먼저 지불한 후 Apple Health(Medicaid)에서 지불합니다.

Wellness and Health Care Planning(WHP) 서비스에 참여하는 모든 가입자를 위한 중요한 혜택 정보

- 가입자는 사전 진료 플랜(ACP) 서비스를 포함하여 다음과 같은 WHP 서비스를 이용할 수 있습니다.
 - 병세가 심각하여 자신의 상태를 말로 표현할 수 없는 경우, 본인에 관한 중요한 정보를 문서화하는 것은 원하는 치료를 받는 데 필수적입니다.
 - Humana 가입자는 온라인 사전 진료 플랜 리소스인 MyDirectives®를 이용할 수 있습니다. 이 리소스를 사용하면 다음 요소를 결합하여 사전의료지시서를 작성할 수 있습니다.
 - > 생존 유서
 - > 변호사에 대한 의료적 권한 위임
 - > 소생술 거부 양식
 - > 장기 기증 양식
- MyDirectives®에서 자신만의 디지털 치료 계획을 만들고 비디오 및 오디오 파일도 포함할 수 있습니다. 이미 작성한 문서가 있다면 여기에 저장 및 공유할 수 있습니다. MyDirectives®는 가입자 및 지정된 의료 제공자가 주 7일 하루 24시간 이용할 수 있습니다. 건강 상태 변화 또는 본인 의사변경 시 언제든지 새 정보를 추가할 수 있습니다.
- 시작하려면 **Humana.com**에서 MyHumana에 로그인하십시오. MyHealth 탭으로 이동하여 "Health support for you(나를 위한 건강 지원)" 섹션에서 MyDirectives®를 선택합니다.
- 또한, 특정한 건강 상태를 도달하거나 향후 건강 상태가 변화될 경우 Humana에서 연락드립니다. 사전의료지시서를 받아 가족 및 의사들과 공유할 수 있도록 임상 의 또는 사회복지사가 지원을 제공합니다. WHP 또는 ACP 등의 프로그램에 참여하는 것은 가입자의 자발적 의사에 따르며, 가입자는 언제든지 서비스를 거부할 수 있습니다.

"부가 지원" 자격 가입자를 위한 중요 혜택 정보:

- 보험료, 공제금, 공동 보험비용 등 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불하기 위해 "부가 지원"을 받는 경우, 가입자는 다른 대상 보충 혜택 및/또는 대상 절감 비용 부담금에 대해 자격을 가질 수 있습니다. 자세한 내용은 4장의 의료 혜택 차트를 참조하십시오.

만성 질환이 있는 가입자를 위한 중요 혜택 정보

- 만성 질환이 있다고 진단받고 특정 기준을 충족하는 경우, 가입자는 만성 질환 환자 특별 보충 혜택을 적용 받을 수 있습니다.
 - 암, 울혈성 심부전(CHF), 만성 신장 질환(CKD), 만성 폐쇄성 폐질환(COPD), 우울증, 당뇨병, 고혈압 및/또는 호흡부전
 - 프로그램 기준을 충족하는 만성 질환 가입자는 자격이 있습니다.

- 자세한 내용은 아래 의료 혜택 차트에서 만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택 열을 확인하시기 바랍니다.
- 어떤 혜택을 받을 수 있는지 정확히 알아보려면 당사에 문의해 주십시오.

 이 사과 표시는 의료 혜택 차트의 예방 서비스 옆에 표시됩니다.

* 이 별표는 의료 혜택 차트의 보충 혜택 옆에 표시됩니다.

Apple Health(Medicaid) 비용 부담금 보호에 대한 자세한 내용은 이 장의 1.1절을 참조하십시오.

해당 주의 Medicaid 프로그램을 통해 제공되는 Medicaid 혜택의 전체 목록 및 비용 부담 요건은 (있는 경우) 혜택 요약서의 Medicaid 혜택 비교 섹션을 참조하십시오. 혜택 이용 자격 여부 및 비용 부담금 수준 결정에 관한 문의는 해당 Medicaid 기관에 문의하시기 바랍니다.

의료 혜택 차트	
가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
 복부 대동맥류 선별검사 대동맥류 발생 위험이 높은 사람을 대상으로 하는 일회성 선별 초음파 검사. 플랜은 가입자가 특정한 위험 요인을 지니고 담당 의사, 의사 보조원(PA), 전문간호사, 임상 전문 간호사에게 의뢰서를 받은 경우에 만 선별검사 비용을 보장합니다.	네트워크 내: 이 예방 선별검사 대상자는 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.
만성 요통에 대한 침술 보장 서비스: 다음과 같은 경우, Medicare 수혜자에게 연간 최대 20회의 방문을 보장합니다. 이러한 혜택을 적용하는 만성 요통은 다음과 같이 정의합니다. • 통증이 12주 이상 지속 • 전신에 영향을 미치는 원인을 알아볼 수 없다는 점에서 비특이성 (즉, 전이성, 염증성, 전염성 질병 등과 관련이 없음) • 수술과 관련이 없음, 그리고 • 임신과 관련이 없음. 귀하의 플랜은 침술 시술 면허가 있는 제공자 또는 Original Medicare 제공자 요건을 충족하는 제공자가 제공하는 서비스를 허용합니다. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: 공동 부담금 \$0 - 전문의 진료실

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
* 정기적인 침술 서비스 침술은 통증을 완화시키기 위해 또는 의료적 필요성이 있는 치료 목적을 위해 신체의 여러 부위에 침을 삽입하고 조작하는 의료 절차입니다. 연간 최대 25회의 방문에 대하여 보장 받습니다. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: 정기적인 침술 공동 부담금 \$0 • 전문의 진료실
알레르기 주사 및 혈청 의료적 필요성이 있는 경우 가입자가 맞는 알레르기 주사 및 혈청도 보장합니다.	네트워크 내: 알레르기 주사 및 혈청 공동 부담금 \$0 - PCP 진료실 - 전문의 진료실
구급차 서비스 구급차 서비스는 응급 상황이든 비응급 상황이든 구급항공기, 구급헬기, 지상 구급차 서비스를 포함합니다. 다른 교통편을 이용하면 환자 상태가 위중에 빠질 수 있거나 플랜의 허가를 받은 경우에만 적절한 의료 서비스를 제공할 수 있고 가장 가까운 시설로 데려다 주는 구급차 서비스를 보장합니다. 보장되는 구급차 서비스가 응급 상황을 위한 것이 아닌 경우, 다른 교통편으로 이송하면 가입자의 상태가 위중에 빠질 수 있거나 구급차 이송이 의료적으로 필요하다고 문서화해야 합니다. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: 응급 상황에서의 구급차 이용 이용 횟수에 관계없이 공동 부담금 \$0 - 지상 구급차 - 구급용 항공기/헬기 비응급 상황에서의 구급차 이용 이용 횟수에 관계없이 공동 부담금 \$0 - 지상 구급차 - 구급용 항공기/헬기
 연례 웰니스 방문 12개월 넘게 파트 B에 가입되어 있는 경우, 가입자는 현재 건강 상태 및 위험 요인에 따라 연례 웰니스 방문 통해 개인 맞춤형 예방 계획을 전개하거나 갱신할 수 있습니다. 연례 웰니스 방문은 12개월마다 1회씩 보장합니다. 참고: Welcome to Medicare 예방 방문 후 12개월이 지나야 첫 번째 연례 웰니스 방문을 할 수 있습니다. 단, 파트 B 가입 기간이 12개월을 경과한 후에는 Welcome to Medicare 진료를 받지 않아도 연례 웰니스 방문을 보장합니다.	네트워크 내: 연례 웰니스 방문의 경우 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.
 골량 측정 자격을 갖춘 사람(일반적으로 골량을 잃을 위험이 있거나 골다공증의 위험이 있는 사람)이 24개월마다 또는 의료적 필요성이 있는 경우 더 자주 다음의 서비스를 이용할 때에 보험 혜택을 적용합니다. 골량 확인, 뼈 손실 감지, 골질 확인 절차 및 의사의 검사 결과 해석.	네트워크 내: Medicare 보장 골량 측정 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
🍏 유방암 선별검사(유방조영상) 보장 서비스: • 35~39세 여성 가입자의 기본 유방조영상 촬영 1회 • 40세 이상 여성 가입자의 선별 유방조영상 12개월마다 1회 촬영 • 임상 유방 검사(24개월마다 1회)	네트워크 내: 보장 대상 선별 유방조영상 시행 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.
심장 재활 서비스 특정 질환을 지닌 가입자가 의사의 의뢰서를 통해서 운동, 교육, 상담 등을 포함하는 종합적인 심장 재활 서비스를 이용할 경우 보험 혜택을 적용합니다. 이 플랜은 일반적으로 기존 심장 재활 프로그램보다 더 엄격한 기준을 적용하거나 효과가 더 강력한 집중 심장 재활 프로그램도 보장합니다. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: 공동 부담금 \$0 - PCP 진료실 - 전문의 진료실
🍏 심혈관계 질환 발생 위험 감소 진료(심혈관계 질환 치료) 심혈관계 질환 발생 위험을 낮추는 데 도움이 되도록 연 1회 PCP를 방문하여 진료를 받을 때 보험 혜택을 적용합니다. 방문 시 담당 의사는 아스피린 사용에 대하여 논의하고(해당하는 경우), 혈압을 확인하고, 건강한 식습관에 대한 조언을 할 수 있습니다.	네트워크 내: 심혈관계 질환 예방 효과가 있는 집중적인 행동치료 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.
🍏 심혈관계 질환 검사 심혈관계 질환 또는 심혈관계 질환 발생 위험을 높이는 이상 요인을 감지하기 위하여 5년(60개월)마다 실시하는 혈액검사.	네트워크 내: 5년마다 1회씩 실시하며 보험 혜택이 적용되는 심혈관계 질환 검사 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.
🍏 자궁경부암 및 질암 선별검사 보장 서비스: • 모든 여성 대상: 24개월마다 1회씩 실시하는 팜 테스트 및 골반 진찰 • 자궁경부암이나 질암 발생 위험이 높은 경우 또는 가입기 여성으로 최근 3년 이내 받은 팜 테스트 결과가 비정상적으로 나온 경우: 12개월마다 팜 테스트 1회 실시	네트워크 내: 예방 차원에서 실시하는 Medicare 보장 팜 테스트 및 골반 진찰 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.
카이로프랙틱 서비스 보장 서비스: • 아탈구를 교정하기 위한 척추 도수치료를 보장합니다. *또한 일상적인 건강 관리를 위해 네트워크 카이로프랙틱 클리닉을 연간 12회 방문하여 자가 진료를 의뢰할 수 있습니다. 보장되는 보충 서비스: • 신규 및 기존 환자 검사 • 엑스레이 시술 선택 • 척추 외/사지 도수 치료 • 물리 의학 치료 및 시술 선택	네트워크 내: Medicare 보장 카이로프랙틱 서비스 공동 부담금 \$0 - 전문의 진료실

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
정기 척추 교정 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: 카이로프랙틱 서비스(정기) 공동 부담금 \$0 - 전문의 진료실
 대장암 선별검사 다음 선별검사가 보장됩니다. - 대장내시경은 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며, 고위험이 아닌 환자의 경우 120개월마다(10년) 또는 대장암에 대해 고위험이 아닌 환자의 경우 이전의 신축성 S자결장검사 후 48개월 1회, 이전 선별검사 대장내시경 또는 바륨관장 후 고위험인 환자의 경우 24개월 1회 보장됩니다. 45세 이상 환자의 경우 신축성 S자결장검사. 환자가 선별 대장내시경을 받은 후 고위험이 아닌 환자의 경우 120개월 1회. 마지막 신축성 S자결장검사 또는 바륨관장으로 부터 고위험인 환자의 경우 48개월 1회. 45세 이상 환자의 경우 선별 분변잠혈검사. 12개월 1회. - 고위험 기준을 충족하지 않는 45~85세 환자의 경우 다표적 대변 DNA. 3년 1회. - 고위험 기준을 충족하지 않는 45세~85세 환자의 경우 혈액 기반 생체표지자 검사. 3년 1회. - 바륨관장은 고위험이며 마지막 선별검사 바륨관장 또는 마지막 선별검사 대장내시경 이후 24개월이 지난 환자에 대한 대장내시경의 대안입니다. - 바륨관장은 고위험이 아닌 45세 이상의 환자에 대한 신축성 S자결장검사의 대안입니다. 마지막 선별 바륨관장 또는 선별 신축성 S자결장검사 후 최소 48개월에 1회. 2023년 1월 1일 현재 대장암 선별검사에는 Medicare 보장 비침습 대변 기반 대장암 선별검사서 양성 결과가 나온 후의 후속 선별검사 대장내시경이 포함됩니다.	네트워크 내: Medicare 보장 대장암 선별검사 시 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금이 없습니다.
치과 서비스 일반적으로 치과 예방 서비스(예: 치석 제거, 정기 치과 검진, 구강 엑스레이)는 Original Medicare에서 보장하지 않습니다. 그러나 Medicare는 현재 제한된 수의 상황에서 치과 서비스(특히 해당 서비스가 수혜자의 1차 의학적 질환에 대한 특정 치료에 있어 필수적인 부분일 시) 비용을 지불하고 있습니다. 일부 예시로는 골절 또는 부상 후의 턱 재건, 턱 관련 암에 대한 방사선 치료 준비 시 발치 또는 신장 이식 전 구강검진이 포함됩니다. 또한 당사는 다음을 보장합니다. 의료적 필요성이 있는 치과 서비스(Original Medicare 보장) 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: Medicare 보장 치과 서비스 공동 부담금 \$0 - 전문의 진료실 보충 치과 혜택 *가입자는 보충 치과 혜택을 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 이 차트의 끝부분에 있는 보충 치과 혜택 설명을 참조하십시오.

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스

이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용

🍎 우울증 선별검사

연 1회 실시하는 우울증 선별검사에 보험 혜택을 적용합니다. 선별검사는 후속 치료 및/또는 의뢰서를 제공할 수 있는 1차 진료 단계에서 시행해야 합니다.

네트워크 내:

연례 우울증 선별검사 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.

🍎 당뇨병 선별검사

가입자가 다음의 위험 요인 중 어느 하나라도 지니고 있다면 당뇨병 선별검사(공복혈당검사 포함)에 대하여 보험 혜택을 적용합니다. 높은 혈압(고혈압증), 비정상적인 콜레스테롤 수치 및 트라이글리세라이드 수치(이상지질혈증) 병력, 비만, 높은 혈당(포도당) 병력 가입자가 과체중이나 당뇨병 가족력 등 다른 요건을 충족하는 경우에도 검사 시 보험 혜택을 적용할 수 있습니다.

네트워크 내:

Medicare 보장 당뇨병 선별검사 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.

이러한 검사 결과를 바탕으로, 가입자는 12개월마다 당뇨병 선별검사를 최대 2회 받을 수 있습니다.

🍎 당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨병 환자용 서비스 및 용품

당뇨병이 있는 모든 사람(인슐린 사용자 및 비사용자). 보장 서비스:

- 혈당 측정 용품: 혈당측정기, 혈당 검사 스트립, 채혈기와 랜싯, 포도당 조절 솔루션 등 검사 스트립 및 모니터의 정확성을 확인하기 위한 용품.
 - 다음 브랜드의 혈당측정기 및 검사 스트립만 (우선)보장합니다. Roche에서 제조한 ACCU-CHEK® 또는 경우에 따라 약국 이름으로 포장한 Trividia 제품.
 - Humana는 위의 우선 브랜드 목록에 지정된 혈당측정기 및 검사 스트립 이용 시 보험 혜택을 적용합니다. 일반적으로, 특정한 상황에 처한 가입자에게 대체 브랜드 제품을 사용할 의료적 필요성이 있다고 담당 의사가 말하지 않는 한, 대체 비우선 브랜드 제품에는 적용되지 않습니다. Humana 신규 가입자가 우선 브랜드 목록에 없는 혈당측정기 및 검사 스트립을 이용할 경우, 플랜에 가입하고 90일 이내에 당사에 연락하여 대체 비우선 브랜드의 임시 공급을 요청할 수 있습니다. 그동안 가입자는 의사와 상의하여 위에 나열된 우선 브랜드 제품 중 어느 것이 의료적으로 자신에게 적합한지 결정해야 합니다. 비우선 브랜드 제품은 보장 예외 사항에 대한 승인된 사전 승인 없이 보장 가능한 최초 90일 이후로는 보장 혜택이 적용되지 않습니다.
- 중증 당뇨병성 족부 질환을 앓고 있는 당뇨병 환자의 경우: 1년에 치료용 맞춤형 제작 신발(해당 신발과 함께 제공되는 인서트 포함) 한 켤레와 추가 인서트 두 쌍, 또는 깊이 있는 신발 한 켤레와 인서트 세 쌍(해당 신발과 함께 제공되는 탈부착식 기존 제작 인서트 제외). 보장 대상 서비스에는 가봉이 포함됩니다.
- 당뇨병 자가 관리 교육은 특정 상황에서 보험 혜택을 적용합니다.

네트워크 내:당뇨병 자가 관리 교육

공동 부담금 \$0

- PCP 진료실
- 전문의 진료실
- 외래진료병원

당뇨병 모니터링 용품

공동 부담금 \$0

- 당뇨용품 우선 공급자
- 당뇨용품 공급자
- 네트워크 소매 약국

당뇨병 환자용 신발 및 인서트

공동 부담금 \$0

- 내구성 의료 장비 제공자
- 인공 보철물 제공자

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스

이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용

- 연속혈당측정기에 대한 내용은 "내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품"을 참조하십시오.

🩺(예방 서비스)는 당뇨병 자가 관리 교육에만 적용됩니다.

사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.

내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품

(내구성 의료 장비에 대한 정의는 이 문서의 12장 및 3장, 7절을 참조하십시오.)

보장 가능한 품목에는 휠체어, 목발, 전동 침대 시스템, 당뇨 용품, 가정에서 사용하려고 제공자가 주문한 의료용 침대, 정맥 주입 펌프, 음성출력통신 보조장치(SGD), 산소 호흡 장비, 네블라이저, 연속혈당측정기**, 성인 보행기 등이 포함됩니다.

Original Medicare에서 보장하며 의료적 필요성이 있는 DME는 모두 적용 대상입니다. 해당 지역의 공급자가 특정 브랜드 또는 제조사 제품을 구비하지 않은 경우, 특별 주문을 할 수 있는지 문의할 수 있습니다. 최근의 공급자 목록은 당사 웹사이트

[Humana.com/findadoctor](https://www.humana.com/findadoctor)에서 확인할 수 있습니다.

사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.

** 우선 연속혈당측정기(CGM)는 약국에서 이용할 수 있습니다. 우선 CGM은 Dexcom 및 Freestyle Libre입니다. 비우선 CGM은 의사가 대체 브랜드의 사용이 의료적으로 필요하다는 적절한 정보를 제공하지 않는 한 약국을 통해 이용할 수 없습니다. 모든 CGM은 계속해서 내구성 의료 장비(DME) 제공자를 통해 제공됩니다.

네트워크 내:

내구성 의료 장비

공동 부담금 \$0

- 내구성 의료 장비 제공자

🩺 EKG 선별검사

Welcome to Medicare 예방 방문의 의뢰서로 실시하는 선별 심전도 검사(EKG)는 수혜자의 평생 동안 1회만 보장합니다.

네트워크 내:

EKG 선별검사 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.

응급 진료

응급 진료는 다음과 같은 서비스를 말합니다.

- 응급 서비스를 제공할 자격을 갖춘 자가 제공하는 서비스, 그리고
- 의료적 응급 상황을 평가하거나 안정화해야 하는 서비스.

의료적 응급 상황이란 가입자 또는 건강 및 의학에 관하여 평균적인 지식을 갖추고 분별력 있는 비전문가가 판단하기에 즉각적인 치료가 필요한 증상을 지니고, 치료를 통해 인명 손실(임신한 여성인 경우 유산), 사지 상실, 사지 기능 상실을 막아야 한다고 믿는 경우를 의미합니다. 의학적 증상은 질병, 부상, 심각한 통증 또는 빠르게 악화되는 질환일 수 있습니다.

네트워크 내:

응급 서비스

공동 부담금 \$0

- 응급실

의료 제공자 및 전문가 서비스

공동 부담금 \$0

- 응급실

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)**가입자에게 보장되는 서비스****이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용**

의료적으로 필요하고 네트워크 외에서 제공한 응급 서비스 비용 분담금은 네트워크 내에서 제공하는 서비스 비용 분담금과 동일합니다.

가입자가 네트워크 외 병원에서 응급 진료를 받고 상태가 안정된 후 입원진료를 받아야 하는 경우, 플랜에서 보장하는 의료 서비스를 계속 받으려면 네트워크 병원으로 돌아가거나 플랜이 허가한 네트워크 외 병원에서 입원진료를 받아야 합니다. 이때 가입자가 지불할 비용은 네트워크 병원에서 지불하는 비용 분담금입니다.

가입자는 전 세계에서 응급 진료를 받을 수 있습니다. 미국 및 그 영토 이외의 지역에서 응급 상황이 발생한 경우, 가입자는 이러한 서비스에 대한 비용을 일단 지불해야 합니다. 환급을 받으려면 지불에 대한 증빙 서류를 Humana에 제출해야 합니다. 자세한 내용은 7장을 참조하십시오. 당사가 모든 본인부담비용을 변제하지는 않을 수도 있습니다. 당사의 계약금액 요율이 미국 및 그 영토 외 지역의 제공자에 비해 낮을 수 있기 때문입니다. 가입자는 당사의 계약금액 요율을 초과하는 모든 비용과 해당 항목에 적용되는 가입자 부담 비용을 지불할 책임이 있습니다.

*** Healthy Options 보조금****네트워크 내:**

Humana Spending Account 카드에 매달 **\$125**의 보조금이 건강 지원에 필요한 필수품에 사용할 용도로 지급됩니다. 이 보조금은 다음과 같은 참여 소매업체에서 승인된 제품을 구매하는 데 사용할 수 있습니다.

공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금이 없습니다.

- 식료품(농산품, 과일, 빵, 육류, 유제품 등)
- 개인 생활용품(치약, 샴푸, 바디워시, 데오도란트 등)
- OTC 건강 및 웰니스 용품(비타민, 응급처치약품, 통증 완화약, 실금 공급품 등)
- 가정용품(화장지, 키친타월, 욕실 세정제, 세탁용 세제 등)
- 가정용 보조 장치(가로대, 높은 번기 시트, 도달 보조기구 등)
- 반려동물 용품(반려동물 사료, 반려동물용 깔개, 베틀퇴치 샴푸 등. 몸단장 서비스, 수의과 청구서 및 반려동물 처방전은 제외)

이 보조금은 다음과 같은 승인된 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 사용할 수 있습니다.

- 월간 생활비(휴대전화 요금, 임차료/대출금, 공과금, 인터넷 등)
- 비의료 교통비(대중교통, 택시, Uber, Lyft)
- 해충 구제 서비스
- 식사 배달 서비스

보조금은 매달 1일에 사용하도록 지급됩니다.

- 사용하지 않은 자금은 다음 달로 이월되며 플랜 연도가 끝나면 만료됩니다.
- 보조금을 Spending Account 카드에 남아 있는 다른 혜택 보조금과 함께 사용할 수 없습니다.
- 한도 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다.

무료 Healthy Benefits+® 모바일 앱을 App Store® 또는 Google Play®에서 다운로드하거나 HealthyBenefitsPlus.com/Humana를 방문하여 매장을 찾거나 잔액을 확인하십시오. Spending Account 카드 뒷면에도 자세한 내용이 안내되어 있습니다.

Spending Account 카드 사용 방법에 대한 자세한 내용은 이 의료 혜택 차트의 Humana Spending Account 카드 섹션을 참조하십시오.

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
청력 서비스 의학적 치료가 필요한지 판단하려고 의료 제공자가 실시한 청력 및 균형 감각 진단 평가는 의사, 청능사, 다른 자격을 갖춘 의료 제공자가 시행할 경우 외래환자 진료로 간주하여 혜택을 적용합니다. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: <u>Medicare 보장 청력 서비스</u> 공동 부담금 \$0 - 전문의 진료실 보충 청력 혜택 *보충 청력 혜택이 보장됩니다. 자세한 내용은 이 차트의 끝에 있는 보충 청력 혜택에 관한 설명을 참조하십시오.
HIV 선별검사 HIV 선별검사 요청자 또는 HIV 감염 고위험자에 대해 다음을 보장합니다. • 12개월마다 1회의 선별검사 임신 중의 여성에 대해 다음을 보장합니다. • 임신 중 최대 3회의 선별검사	네트워크 내: Medicare가 적용되는 예방적 HIV 선별검사 적격 가입자에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.
가정방문치료기관의 케어 가정방문치료 서비스를 받기 전에 의사는 가정방문치료 서비스가 필요함을 승인해야 하며, 가정방문치료기관에서 제공하는 가정방문치료 서비스를 지시해야 합니다. 이러한 서비스는 거동이 불편한 자 즉, 외출하는 데 큰 노력이 드는 분에게만 제공됩니다. 보장 서비스는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음). • 시간제 또는 기술이 한정적인 전문요양 및 가정방문 도우미 (가정방문치료 혜택에 따라 보장이 적용되며, 귀하의 전문요양 및 가정방문 도우미 서비스 합계가 일일 8시간 미만이고 주 35시간 미만이어야 함) • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 의료 및 사회 서비스 • 의료 장비 및 용품 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: <u>가정방문치료</u> 공동 부담금 \$0 - 가입자 자택 내구성 의료 장비 공동 부담금 \$0 - 내구성 의료 장비 제공자
가정 주입 요법 가정 주입 요법은 약 또는 생물학적 제제를 가정에서 환자에게 정맥 또는 피하 투여하는 것을 말합니다. 가정 주입 요법에 필요한 구성품에는 약(예: 항바이러스제, 면역 글로불린), 장비(예: 펌프) 및 용품(예: 튜브 및 카테터)이 포함됩니다. 보장 서비스는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음). • 진료 계획에 따라 제공된 전문 서비스(간호 서비스 포함) • 내구성 의료 장비 혜택에서 별도로 보장하지 않는 환자 훈련 및 교육 • 원격 모니터링	네트워크 내: <u>의료용품</u> 공동 부담금 \$0 - 의료용품 제공자 Medicare 파트 B 보장 약 공동 부담금 \$0 - PCP 진료실 - 전문의 진료실 - 외래진료병원 - 약국

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
- 가정 주입 요법 제공을 위한 모니터링 서비스 및 적절한 가정 주입 요법 제공자가 처방한 가정 주입용 약 - 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	<u>의료 제공자 및 전문 서비스</u> 공동 부담금 \$0 - PCP 진료실
호스피스 케어 의사와 호스피스 의료 디렉터가 귀하에게 말기 예후 소견을 제시하고 귀하의 질병이 불치질환이며 정상대로 진행될 경우 6개월 이상 살지 못할 것임을 확인한 경우, 귀하는 호스피스 혜택을 받을 자격이 있습니다. 귀하는 Medicare 인증 호스피스 프로그램의 간호를 받을 수 있습니다. 귀하의 플랜은 MA 기관이 소유하거나 관리하거나 재정적 이해관계에 있는 프로그램을 포함하여 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 플랜 서비스 지역에서 찾을 수 있도록 지원할 의무가 있습니다. 귀하의 호스피스 의사는 네트워크 제공자 또는 네트워크 외 제공자일 수 있습니다. 보장 서비스: - 증상 조절 및 통증 완화를 위한 약 - 단기 입시간호 - 가정 관리 귀하가 호스피스에 입원하는 경우 귀하는 귀하의 플랜을 유지할 권리가 있습니다. 귀하가 귀하의 플랜을 유지하기로 결정한 경우 플랜 보험료를 계속 지불해야 합니다. <u>호스피스 서비스 및 Medicare 파트 A 또는 B의 적용을 받으며 귀하의 말기 예후와 관련된 서비스의 경우:</u> Original Medicare(당사 플랜이 아님)는 귀하의 호스피스 서비스 및 귀하의 말기 예후와 관련된 모든 파트 A와 파트 B 서비스 비용을 지불합니다. 귀하가 호스피스 프로그램에 참여하는 동안 귀하의 호스피스 제공자는 Original Medicare 대신 지불한 서비스에 대해 Original Medicare에 청구합니다. Original Medicare 비용 분담금이 청구됩니다. <u>Medicare 파트 A 또는 B의 적용을 받으며 귀하의 말기 예후와 관련이 없는 서비스의 경우:</u> 귀하가 Medicare 파트 A 또는 B의 적용을 받고 귀하의 말기 예후와 무관하며 응급 상황이 아니고 긴급하게 필요치 않은 서비스를 요하는 경우, 그러한 서비스에 대한 귀하의 비용은 귀하가 당사 플랜의 네트워크에 속한 제공자를 이용하는지의 여부와 사전 승인을 받는 등의 요청이 있는지 등과 같은 플랜의 규정 준수 여부에 따라 달라집니다. - 가입자가 네트워크 제공자로부터 보장 서비스를 받고 서비스를 받기 위한 플랜의 규정을 따르는 경우, 가입자는 네트워크 서비스를 위한 플랜 비용 분담금만을 납부합니다 - 귀하가 네트워크 외 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 귀하는 행위별 수가제 Medicare(Original Medicare)에 따라 비용 분담금을 납부합니다	Medicare 인증 호스피스 프로그램에 가입한 경우, 말기 예후와 관련하여 해당 가입자가 이용한 호스피스 서비스와 파트 A 및 파트 B 서비스 비용은 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)이 아닌 Original Medicare에서 지불합니다. 당사 플랜은 호스피스 혜택을 받지 못한 말기 질환 환자에 대한 호스피스 상담 서비스(1회 한정)를 보장합니다. 외래환자 진찰에 대해 제공자의 비용 분담금이 적용될 수 있습니다.

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스

이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 적용을 받으나 Medicare 파트 A 또는 B는 적용되지 않는 서비스의 경우: Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 말기 예후와의 관련 여부와 상관없이, 파트 A 또는 B에서 보장하지 않는 플랜 보장 서비스를 계속 보장합니다. 귀하는 이러한 서비스에 대한 자신의 비용 분담금을 지불합니다.

플랜의 파트 D 혜택을 받을 수 있는 약의 경우: 이러한 약이 말기 호스피스 질환과 관련이 없는 경우 비용 분담금을 지불합니다. 만약 약이 말기 호스피스 질환과 관련이 있는 경우 Original Medicare 비용 분담금을 지불합니다. 의약품은 호스피스와 당사 플랜으로 이중 보장되지 않습니다. 자세한 내용은 5장 9.4절(Medicare 인증 호스피스에 있는 경우에는 어떻게 합니까?)을 참조하십시오.

참고: 비-호스피스 케어(귀하의 말기 예후와 무관한 케어)의 경우, 서비스를 받기 위해 당사에 연락해야 합니다.

* Humana Spending Account 카드

Humana Spending Account 카드는 이 플랜에 포함된 보조금을 지출하는 데 사용하는 카드입니다. **이전 플랜에 Humana Spending Account 카드가 있었던 경우 동일한 카드를 계속 사용하십시오.**

이전 플랜에 Humana Spending Account 카드가 없었던 경우, 우편을 통해 카드를 받는 즉시 카드를 활성화하십시오.

이 카드에 향후 보조금이 추가될 예정이므로 보조금을 지출한 후에도 이 카드를 보관하십시오.

한도 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다.

- Humana는 카드 도난 또는 분실로 인한 보조금 손실에 대해 책임을 지지 않습니다.
- 보조금을 카드의 다른 보조금과 함께 사용할 수 없습니다.

무료 Healthy Benefits+® 모바일 앱을 App Store® 또는 Google Play®에서 다운로드하거나 HealthyBenefitsPlus.com/Humana를 방문하여 매장을 찾거나 잔액을 확인하십시오. Spending Account 카드 뒷면에도 자세한 내용이 안내되어 있습니다.

Humana Spending Account 카드에서 사용 가능한 각 보조금에 대한 자세한 내용은 다음을 참조하십시오.

- Healthy Options 보조금

4장 의료 혜택 차트에 안내됨

네트워크 내:

공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.

* Humana Well Dine® 식사 프로그램

병원 또는 요양시설에 입원 치료 후, 해당 가입자는 추가비용 없이 7일간 하루 2회의 식사를 제공받을 수 있습니다. 14가지의 영양식이 가정으로 배달됩니다. 식사 프로그램은 1년에 4회로 제한됩니다. 퇴원한 후 30일 이내에 식사를 요청해야 합니다.

자세한 내용은 Humana 가입자 ID 카드 뒷면에 있는 고객지원팀 전화번호로 문의하십시오.

네트워크 내:

공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금이 없습니다.

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스

이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용

예방 접종

Medicare 파트 B 보장 서비스 포함 사항:

- 폐렴 백신
- 독감 주사(가을과 겨울의 독감 시즌마다 1회 및 의료적 필요성이 있을 경우의 추가 독감 주사)
- B형 간염 백신(B형 간염 발생 위험이 높거나 중간인 경우)
- COVID-19 백신
- 기타 백신(발병 위험이 있고 Medicare 파트 B 보장 규칙을 충족하는 경우)

또한 당사는 파트 D 처방약 혜택에 규정된 일부 백신을 보장합니다. 이러한 백신은 플랜의 “의약품 가이드”(처방집)에 기재되어 있습니다.

네트워크 내:

폐렴, 인플루엔자, B형 간염 및 COVID-19 백신에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.

병원 입원진료

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.

귀하는 의료적 필요성이 있는 병원 입원일수에 대해 무제한적으로 보장을 받습니다. 보장 서비스는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음).

- 반개인실(의료적 필요성에 따라 개인병실)
- 특별식을 포함한 식사
- 정기적인 간호 서비스
- 특수 관리 장치 비용(중환자실 또는 관상동맥치료실 등)
- 약 및 의약품
- 검사실 검사
- 엑스레이 및 기타 방사선 서비스
- 필수 수술 및 의료용품
- 휠체어 등의 기구 사용
- 수술실 및 회복실 비용
- 물리치료, 작업 요법 또는 언어치료
- 입원환자 약물 남용 치료 서비스
- 특정 조건에서 각막, 신장, 신장-췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포, 장/복합장기와 같은 유형의 이식이 포함됩니다. 이식이 필요한 경우, Medicare 승인 이식 센터에서 귀하의 케이스를 검토하고 귀하가 이식 대상자인지 여부를 판단하도록 당사가 조치를 취할 것입니다. 장기제공자는 서비스 지역 또는 서비스 지역 외부에 있을 수 있습니다. 당사의 네트워크 내 이식 서비스가 커뮤니티 관리 패턴에서 벗어나는 경우, 귀하는 현지에서 방법을 찾아야 합니다. 단, 현지의 이식 제공자가 Original Medicare 요율을 수락해야 합니다.

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)이 귀하의 커뮤니티의 이식 관리 패턴 외부 지역에서 이식 서비스를 제공하고 귀하가 이러한 원격지에서 이식을 받기로 결정한 경우, 당사는 귀하와 동반자 한 명을 위한 적절한 숙박 및 교통편 비용을 제공합니다.

네트워크 내:

입원진료

입원진료 병원

- 입원당 공동 부담금 \$0

의료 제공자 및 전문 서비스

공동 부담금 \$0

- 입원진료 병원

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스

이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)이 귀하의 커뮤니티의 이식 관리 패턴 외부 지역에서 이식 서비스를 제공하고 귀하가 이러한 원격지에서 이식을 받기로 결정한 경우, 당사는 귀하와 동반자 한 명을 위한 적절한 숙박 및 교통편 비용을 제공합니다.

- 고행장기 또는 골수/줄기세포 이식이 필요한 경우, 당사의 이식 부서(1-866-421-5663, TTY 711)로 연락하여 귀하의 이식 관리에 대한 중요 정보를 확인하십시오.

- 혈액 - 보관 및 관리 포함. 전혈 및 농축적혈구에 대한 보장은 귀하에게 필요한 첫 1포인트의 혈액부터 시작됩니다.
- 의사 서비스

참고: 환자가 되려면 귀하의 제공자가 귀하를 병원의 환자로 공식 입원시키기 위한 주문을 작성해야 합니다. 설사 밤사이에 병원에 머물더라도 여전히 외래환자로 간주될 수 있습니다. 자신이 입원환자인지 외래환자인지 확실하지 않은 경우 병원 직원에게 문의해야 합니다.

또한 귀하는 병원 입원환자입니까 외래환자입니까? Medicare에 가입했다면 물어보십시오! 라는 Medicare 팩트시트에서도 자세한 내용을 찾을 수 있습니다. 이 팩트시트는 웹사이트(<https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf>)에서 다운로드할 수 있으며, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 요청하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오. 이 전화번호는 연중무휴 하루 24시간 언제든지 무료로 이용할 수 있습니다.

병원 입원진료를 위해서는 사전 승인이 필요합니다.

이식 서비스를 위해서는 사전 승인이 필요합니다.

정신과 병원 입원 서비스

보장 서비스에 병원 입원을 요하는 정신 건강 관리 서비스가 포함되어 있습니다.

- 정신병원의 입원환자 서비스에 대한 190일 평생 한도
 - 190일 한도는 종합병원의 정신과에서 제공되는 입원환자 정신 건강 진료 서비스에 대해 적용되지 않습니다.
- Original Medicare 프로그램에 따라 사용되는 혜택 일수는 Medicare Advantage 플랜에 가입하는 시점에 190일 평생 예비 일수에 가산됩니다.

입원환자 정신건강관리를 위해서는 사전 승인이 필요합니다.

네트워크 내:

입원환자 정신건강관리

정신과 입원진료 시설

- 입원당 공동 부담금 \$0

입원진료 병원

- 입원당 공동 부담금 \$0

의료 제공자 및 전문 서비스

공동 부담금 \$0

- 입원진료 병원
- 정신과 입원진료 시설

입원: 비보장 입원 중에 병원 또는 SNF에서 받는 보장 서비스

귀하의 입원환자 혜택이 소진되었거나 입원 체류일수가 합당하고 필요하지 않을 경우, 당사는 귀하의 입원 체류일수를 보장하지 않습니다. 단, 경우에 따라 당사는 귀하가 병원 또는 전문요양시설(SNF)에 있는 동안 받는 특정 서비스를 보장합니다. 보장 서비스는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음).

입원 기간이 보장되지 않는 경우, 혜택 차트와 관련하여 설명한 바와 같이 가입자가 받은 승인된 서비스는 계속 보장됩니다.

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
• 의사 서비스 • 진단용 검사(검사실 검사 등) • 엑스레이, 방사선 및 동위원소 치료(기술자 인력 및 서비스 포함) • 수술 드레싱 • 골절 및 탈구 치료에 사용되는 부목, 깁스 및 기타 장치 • 내부 장기(인접 조직 포함)의 전부 또는 일부를 대체하거나 영구 장애 또는 기능 부전인 내부 장기의 전부 또는 일부를 대체하는 인공 보철물 및 보조 장치(치과 제외)(그러한 장치의 교체 또는 수리 포함) • 다리, 팔, 등, 목 보조기, 조직 및 인공 다리, 팔 및 눈(파손, 마모, 분실 또는 환자의 신체 조건 변화로 인해 필수적인 조정, 수리 및 교체 포함) • 물리치료, 언어치료 및 작업치료	
 의학적 영양요법 이 혜택은 의사가 처방하는 경우 당뇨병이나 신장 질환(투석 치료 중이 아니며 신장 이식을 받지 않은 경우) 환자에게 제공됩니다. 당사는 귀하가 Medicare에 따라 의학적 영양요법 서비스를 받는 첫 해 동안 3시간, 그리고 그 후로 매년 2시간씩 일대일 상담 서비스 (여기에는 당사의 플랜, 기타 일체의 Medicare Advantage 플랜 또는 Original Medicare가 포함됨)를 보장합니다. 또한 귀하의 질환, 치료 또는 진단이 변경될 경우 의사의 의뢰서에 따라 치료 기간을 늘릴 수 있습니다. 귀하에 대한 치료가 다음 역년에도 필요할 경우 의사가 해당 서비스를 처방하고 매년 의뢰서를 갱신해야 합니다.	네트워크 내: Medicare에서 보장하는 의학적 영양요법 서비스에 대한 자격을 갖춘 가입자에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.
 Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP) MDPP 서비스는 모든 Medicare 건강 플랜에 따른 모든 적격 Medicare 수혜자에게 보장됩니다. MDPP는 장기적 식이 변화 중의 현실적인 훈련, 증가된 신체 활동 및 체중 감소와 건강한 라이프스타일의 유지에 관한 문제를 극복하기 위한 문제 해결 전략을 제공하는 구조적 건강 행동 변화 개입을 의미합니다.	네트워크 내: MDPP 혜택에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.
Medicare 파트 B 처방약 이 약은 Original Medicare의 파트 B에 따라 보장됩니다. 당사의 플랜 가입자는 당사 플랜을 통해 이 약에 대한 보장을 받습니다. 보장 약에 포함되는 범위는 다음과 같습니다. • 일반적으로 환자가 직접 투여하지 않고 의사, 병원 외래환자 또는 통원 수술 센터 서비스를 받는 동안 주사되거나 주입되는 약	네트워크 내: Medicare 파트 B 보장 약 공동 부담금 \$0 - PCP 진료실 - 전문의 진료실 - 외래진료병원 - 약국

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
• 내구성 의료 장비 의료품(예: 의료적으로 필요한 인슐린 펌프 등)을 통해 제공되는 인슐린 • 플랜에서 허가하는 내구성 의료 장비(네블라이저 등)를 이용해 투여하는 다른 약 • 혈우병이 있는 경우 자신이 직접 주입하는 응고물질 • 귀하가 장기 이식 시점에 Medicare 파트 A에 가입되어 있는 경우의 면역 억제제 • 거동이 불편하고 갱년기 골다공증과 관련된 것으로 의사가 확인한 뼈 골절이 있고 약을 자신이 직접 투여할 수 없는 경우의 주입형 골다공증 약물 • 항원 • 특정 경구용 항암제 및 항메스꺼움 약 • 헤파린, 의료적 필요성이 있는 헤파린에 대한 해독제, 국소 마취제, 적혈구 생성 유도제(예: Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® 또는 Darbepoetin Alfa 등) 등 특정 가정 투석용 약 • 원발성면역결핍증후군의 가정 치료를 위한 정맥내 면역글로불린 다음 링크를 클릭하면 단계적 치료법이 적용될 수 있는 파트 B 약 목록이 표시됩니다. Humana.com/PAL 또한 당사는 파트 B 및 파트 D 처방약 혜택에 따른 일부 백신을 보장합니다. 5장은 파트 D 처방약 혜택을 설명합니다(처방에 대한 보장을 받기 위해 귀하가 따라야 할 규칙 포함). 당사 플랜을 통한 파트 D 처방약에 대한 귀하의 지불은 6장에 설명되어 있습니다. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	<u>화학요법 약</u> 공동 부담금 \$0 - 전문의 진료실 - 외래진료병원 일부 환급 가능한 파트 B 약에 대한 공동 보험비용이 인하됩니다. 약 비용 외에 파트 B 약 투여 비용이 별도로 발생할 수 있습니다. 귀하가 요청하는 약에 대한 보장을 당사가 동의하기 전에 다른 약을 먼저 시도해야 할 수 있습니다. 이를 “단계적 치료법”이라고 합니다. 당사 플랜에서 보장하는 모든 파트 B 인슐린의 경우 1개월(최대 30 일) 공급분에 대해 \$35 미만의 금액을 지불하며, 귀하의 플랜에 공제금이 있는 경우 이는 파트 B 인슐린에 적용되지 않습니다.
체중 감량을 지속하기 위한 비만 선별검사 및 치료 귀하의 체질량지수가 30 이상인 경우, 당사는 체중 감량을 돕기 위한 심층상담을 제공합니다. 이 상담은 귀하가 종합 예방 계획과 함께 조율 가능한 일차 진료 환경에서 상담을 받을 경우에 보장됩니다. 자세한 내용은 담당 의사나 의료진에게 문의하십시오.	네트워크 내: 예방적 비만 선별검사 및 치료에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.
아편계 치료 프로그램 서비스 아편계 사용 장애(ODU)가 있는 당사 플랜 가입자는 다음과 같은 서비스를 포함하는 아편계 치료 프로그램(OTP)을 통해 ODU를 치료하는 보장 서비스를 받을 수 있습니다. • 미국 식품의약청(FDA)이 승인한 아편계 작용제 및 길항제 의약품 지원 치료(MAT) 의약품. • MAT 약물 조제 및 투여(해당되는 경우) • 물질 사용 상담 • 개별 및 그룹 치료 • 독성학 검사 • 섭취 활동 • 정기 평가 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: 공동 부담금 \$0 - 전문의 진료실 - 외래진료병원 - 부분 입원

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스

이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용

외래 진단용 검사, 치료성 서비스 및 용품

보장 서비스는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음).

- 엑스레이
- 방사선(방사선 및 동위원소) 치료(기술자 인력 및 용품 포함)
- 드레싱과 같은 수술용 용품
- 골절 및 탈구 치료에 사용되는 부목, 깁스 및 기타 장치
- 검사실 검사
- 혈액 - 보관 및 관리 포함. 전혈 및 농축적혈구에 대한 보장은 귀하에게 필요한 첫 1포인트의 혈액부터 시작됩니다.
- 기타 외래환자 진단용 검사

사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.

네트워크 내:의료 제공자 및 전문 서비스

공동 부담금 \$0

- PCP 진료실
- 전문의 진료실

진단 절차 및 검사

공동 부담금 \$0

- PCP 진료실
- 전문의 진료실
- 긴급 치료 센터
- 외래진료병원

첨단 영상 서비스

공동 부담금 \$0

- PCP 진료실
- 전문의 진료실
- 긴급 치료 센터
- 외래진료병원
- 독립 방사선 시설

기본 방사선 서비스

공동 부담금 \$0

- PCP 진료실
- 전문의 진료실
- 긴급 치료 센터
- 외래진료병원
- 독립 방사선 시설

진단용 유방조영상

공동 부담금 \$0

- 전문의 진료실
- 외래진료병원
- 독립 방사선 시설

방사선 치료

공동 부담금 \$0

- 전문의 진료실
- 외래진료병원
- 독립 방사선 시설

핵의학 서비스

공동 부담금 \$0

- 외래진료병원
- 독립 방사선 시설

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
	<u>시설 기반 수면 연구</u> 공통 부담금 \$0 - 전문의 진료실 - 외래진료병원 <u>가정 기반 수면 연구</u> 공통 부담금 \$0 - 가입자 자택 <u>의료용품</u> 공통 부담금 \$0 - 의료용품 제공자 <u>진단용 대장내시경</u> 공통 부담금 \$0 - 통원 수술 센터 - 외래진료병원 <u>검사실 서비스</u> 공통 부담금 \$0 - PCP 진료실 - 전문의 진료실 - 긴급 치료 센터 - 외래진료병원 - 독립 검사실
외래진료병원 관찰 관찰 서비스는 입원 또는 퇴원 처리 여부를 결정하기 위해 제공되는 병원 외래환자 서비스입니다. 외래진료병원 관찰 서비스가 보장되려면 Medicare 기준을 충족해야 하며 합리적이고 필요한 것으로 간주되어야 합니다. 관찰 서비스는 의사 또는 주 허가법 및 병원 직원 내규에 따라 허가된 기타 개인이 환자를 병원에 입원시키거나 외래환자 검사를 하도록 지시를 하고 그에 따라 서비스가 제공되는 경우에만 보장됩니다. 참고: 제공자 측에서 귀하를 병원의 입원환자로 받아들이라는 서면 지시를 하지 않은 경우, 귀하는 외래환자이며 외래진료병원 서비스에 대한 비용 부담금을 납부해야 합니다. 설사 밤사이에 병원에 머물더라도 여전히 외래환자로 간주될 수 있습니다. 자신이 외래환자인지 확실치 않을 경우 병원 직원에게 문의해야 합니다. 또한 귀하는 병원 입원환자입니까 외래환자입니까? Medicare에 가입했다면 물어보십시오!라는 Medicare 팩트시트에서도 정보를 찾을 수 있습니다. 이 팩트시트는 웹사이트 (https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf)에서 다운로드할 수 있으며	네트워크 내: 공통 부담금 \$0 - 외래진료병원

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스

이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 요청하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오. 이 전화번호는 연중무휴 하루 24시간 언제든지 무료로 이용할 수 있습니다.

사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.

외래진료병원 서비스

당사는 질병 또는 부상의 진단 또는 치료를 위해 귀하가 병원의 외래환자 부서에서 의료적 필요성에 따라 받는 서비스를 보장합니다.

보장 서비스는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음).

- 응급 상황 부서 또는 외래환자 진료소에서의 서비스(관찰 서비스 또는 외래환자 수술 등)
- 병원이 청구하는 검사실 및 진단용 검사
- 정신 건강 관리(관리가 없을 시 입원치료가 필요할 것이라고 의사가 승인한 경우로서, 부분 입원 프로그램이 포함됨)
- 엑스레이 및 병원에서 청구하는 기타 방사선 서비스
- 부목 및 깁스 등의 의료용품
- 귀하가 직접 투여할 수 없는 특정 약 및 생물학적 제제

참고: 제공자 측에서 귀하를 병원의 입원환자로 받아들이라는 서면 지시를 하지 않은 경우, 귀하는 외래환자이며 외래진료병원 서비스에 대한 비용 분담금을 납부해야 합니다. 설사 밤사이에 병원에 머물더라도 여전히 외래환자로 간주될 수 있습니다. 자신이 외래환자인지 확실치 않을 경우 병원 직원에게 문의해야 합니다.

또한 귀하는 병원 입원환자입니까 외래환자입니까? Medicare에 가입했다면 물어보십시오!라는 Medicare 팩트시트에서도 정보를 찾을 수 있습니다. 이 팩트시트는 웹사이트(<https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf>)에서 다운로드할 수 있으며, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 요청하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오. 이 전화번호는 연중무휴 하루 24시간 언제든지 무료로 이용할 수 있습니다.

사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.

네트워크 내:진단 절차 및 검사

공동 부담금 \$0

- 외래진료병원

첨단 영상 서비스

공동 부담금 \$0

- 외래진료병원

핵의학 서비스

공동 부담금 \$0

- 외래진료병원

기본 방사선 서비스

공동 부담금 \$0

- 외래진료병원

진단용 유방조영상

공동 부담금 \$0

- 외래진료병원

방사선 치료

공동 부담금 \$0

- 외래진료병원

검사실 서비스

공동 부담금 \$0

- 외래진료병원

수술 서비스

공동 부담금 \$0

- 외래진료병원

정신 건강 서비스

공동 부담금 \$0

- 외래진료병원

- 부분 입원

상처 관리

공동 부담금 \$0

- 외래진료병원

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
	시설 기반 수면 연구 공동 부담금 \$0 - 외래진료병원 응급 서비스 공동 부담금 \$0 - 응급실 진단용 대장내시경 공동 부담금 \$0 - 외래진료병원
외래환자 정신 건강 치료 보장 서비스: 주 면허를 취득한 정신과 의사 또는 의사, 임상 심리학자, 임상 사회복지사, 임상 전문 간호사, 허가된 전문 상담자(LPC), 허가된 결혼 및 가족 치료사(LMFT), 전문 간호사(NP), 의사 보조원(PA) 또는 기타 Medicare가 승인한 정신 건강 치료 전문가가 관련 주 법률에 따라 제공하는 정신 건강 서비스. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: 정신 건강 서비스 공동 부담금 \$0 - 전문의 진료실 - 외래진료병원 - 부분 입원
외래 재활 서비스 보장 서비스: 물리치료, 작업치료 및 언어치료. 외래 재활 서비스는 병원 외래환자 부서, 독립 재활 진료소, 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 등의 여러 가지 외래환자 치료 환경에서 제공됩니다. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: 물리치료 공동 부담금 \$0 - 전문의 진료실 - 외래진료병원 - 종합 외래환자 재활 시설 언어치료 공동 부담금 \$0 - 전문의 진료실 - 외래진료병원 - 종합 외래환자 재활 시설 작업치료 공동 부담금 \$0 - 전문의 진료실 - 외래진료병원 - 종합 외래환자 재활 시설

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
외래환자 약물 남용 치료 귀하는 약물 남용 치료에 대해 Original Medicare에서 보장하는 것과 동일하게 보장을 받습니다. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: 약물 남용 치료 서비스 공동 부담금 \$0 - 전문의 진료실 - 외래진료병원 - 부분 입원
외래수술(병원 외래환자 시설 및 통원 수술 센터에서 제공되는 서비스 포함) 참고: 귀하가 병원 시설에서 수술을 받는 경우, 자신이 입원환자인지 외래환자인지를 제공자에게 확인해야 합니다. 제공자 측에서 귀하를 병원의 입원환자로 받아들이라는 서면 지시를 한 경우를 제외하고, 귀하는 외래환자이며 외래환자 수술에 대한 비용 분담금을 납부해야 합니다. 설사 밤사이에 병원에 머물더라도 여전히 외래환자로 간주될 수 있습니다. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: 수술 서비스 공동 부담금 \$0 - 전문의 진료실 - 통원 수술 센터 진단용 대장내시경 공동 부담금 \$0 - 통원 수술 센터 - 외래진료병원
부분 입원 및 집중 외래진료 서비스 부분 입원은 입원치료 서비스로 제공되거나 커뮤니티 정신 건강 센터에서 제공하는 적극적인 정신건강 치료 프로그램으로, 의사 또는 치료사의 진료실에서 받는 것보다 집중적으로 이루어지며 입원치료의 대안 중 하나입니다. 집중 외래진료 서비스는 외래진료센터, 커뮤니티 정신 건강 센터, 주 연방 승인 건강 센터 또는 지역 건강 클리닉에서 제공하는 적극적인 행동(정신)건강 치료 프로그램으로, 의사 또는 치료사 진료실에서 받는 치료보다는 집중적이지만 부분 입원으로 받는 치료보다는 덜 집중적인 치료입니다.	네트워크 내: 정신 건강 서비스 공동 부담금 \$0 - 부분 입원
*신체 검사(정기) 연례 웰니스 방문 또는 Welcome to Medicare 의사의 검사에 더하여, 귀하는 매년 1회 다음 검사를 보장받습니다. • 종합적 예방 의약품 평가 및 관리(연령 및 성별에 적합한 병력, 검사 및 상담/예방 진료/위험 요인 완화 개입 포함) 참고: 주문된 일체의 검사실 또는 진단 절차는 이 혜택의 적용을 받지 못하며, 그러한 서비스에 대해서는 귀하가 별도로 플랜 비용 분담금을 지불해야 합니다.	네트워크 내: 정기 신체 검사 공동 부담금 \$0 - PCP 진료실

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스

이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용

의사의 진료실 방문을 포함한 의사/의료진 서비스

보장 서비스:

- 의료적 필요성에 따라 의사 진료실, 승인된 통원 수술 센터, 병원 외래환자 부서 또는 기타 일체의 장소에서 제공되는 의료 서비스 또는 수술 서비스
- 전문의의 진찰, 진단 및 치료
- 귀하가 의료 치료가 필요한지 여부를 확인하기 위해 의사가 검사를 지시한 경우에 전문의가 수행하는 기본적인 청력 및 균형 검사
- 일차의료 제공자(PCP) 및 전문의가 제공하는 서비스, 정신 건강 전문 서비스 및 정신과 서비스를 위한 개인 진료, 외래환자 약물 남용 치료 개인 진료, 긴급하게 필요한 서비스 등을 포함한 특정 원격의료 서비스
 - 귀하는 직접 방문 또는 원격의료를 통해 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 원격의료를 통해 이러한 서비스 중 하나를 받기로 한 경우, 원격의료를 통해 서비스를 제공하는 네트워크 제공자를 이용해야 합니다.
 - 휴대폰, 컴퓨터, 태블릿 또는 기타 비디오 기술을 사용할 수 있습니다.
- 특정 농어촌 지역 또는 Medicare가 승인한 기타 지역의 환자에 대한 의사 또는 의료진의 진찰, 진단 및 치료를 포함한 특정 원격의료 서비스
- 가입자의 병원 기반 가정 투석 또는 접근성이 극히 중요한 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 가입자의 가정에서 이루어지는 투석의 경우 말기 신장 질환 관련 월례 진료를 위한 원격의료 서비스
- 가입자의 위치에 상관없이, 뇌졸중 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격의료 서비스
- 가입자의 위치에 상관없이 약물 사용 장애나 동반 발생 정신 건강 장애가 있는 가입자에 대한 원격의료 서비스
- 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격의료 서비스를 제공합니다.
 - 첫 번째 원격의료를 받기 전 6개월 이내에 직접 방문을 통해 진료를 받았습니다.
 - 귀하는 이러한 원격의료 서비스를 받는 동안 12개월마다 직접 방문을 통해 진료를 받습니다.
 - 특정 상황에서는 예외가 발생할 수 있습니다.
- Rural Health Clinics 및 Federally Qualified Health Centers에서 제공하는 정신 건강 진료를 위한 원격의료 서비스
- **다음과 같은 경우** 의사와 함께 5~10분간 진행되는 가상 검사(예: 전화 또는 화상 채팅).
 - 신규 환자가 **아니고**,
 - 해당 검사가 지난 7일 이내에 이루어진 진료실 방문과 **무관하며**,
 - 해당 검사 결과에 따라 24시간 이내의 진료실 방문 또는 시급한 진료 예약이 이루어지지 않은 경우

네트워크 내:의료 제공자 및 전문 서비스

공동 부담금 \$0

- PCP 진료실
- 전문의 진료실

원격의료 서비스

공동 부담금 \$0

- PCP 가상 진료
- 전문의 가상 진료
- 정신 건강 서비스 및 약물 남용 가상 치료
- 긴급 가상 치료

첨단 영상 서비스

공동 부담금 \$0

- PCP 진료실
- 전문의 진료실

수술 서비스

공동 부담금 \$0

- PCP 진료실
- 전문의 진료실

방사선 치료

공동 부담금 \$0

- 전문의 진료실

긴급하게 필요한 서비스

공동 부담금 \$0

- PCP 진료실
- 전문의 진료실

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
• 다음과 같은 경우 의사에게 전송한 동영상 및/또는 영상에 대한 평가 및 24시간 이내에 의사가 수행한 해석 및 추적 관찰. - 신규 환자가 아니고, - 해당 평가가 지난 7일 이내에 이루어진 진료실 방문과 무관하며, - 해당 평가 결과에 따라 24시간 이내의 진료실 방문 또는 시급한 진료 예약이 이루어지지 않은 경우 • 가입자의 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 의무기록을 통해 다른 의사들과 수행하는 진찰 • 수술 전에 다른 네트워크 제공자로부터 제공되는 이차적 의견 • 비정기 치과 치료(보장 서비스는 턱 또는 관련 구조의 수술, 턱이나 안면 뼈의 골절 치료, 턱의 종양에 대한 방사선 치료를 위한 발치 또는 의사가 제공할 경우에 보장되는 서비스로 제한됨) • 의사 진료실에서 제공되는 긴급하게 필요한 서비스 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	
족부의학 서비스 보장 서비스: • 발의 부상이나 질병에 대한 진단이나 의료적 또는 수술적 치료(추상족지증 또는 발뒤꿈치 통증 증후군 등) • 하지에 영향을 미치는 특정 질환이 있는 가입자를 위한 정기 발 진료 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: <u>Medicare 보장 족부의학 서비스</u> 공통 부담금 \$0 - 전문의 진료실
전립선암 선별검사 50세 이상 남성의 경우 12개월마다 다음과 같은 서비스가 보장됩니다. • 디지털 직장 검사 • 전립선 특이 항원(PSA) 검사	네트워크 내: 연례적 PSA 검사에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.
보철 장치 및 관련 용품 신체 부위 또는 기능의 전체 또는 일부를 대체하는 장치를 말합니다 (치과 제외). 여기에는 결장조루술과 직접 관련된 장루 주머니와 용품, 심박동기, 보조기, 보철 신발, 인공 사지, 가슴보형물 등이 포함되며, 이에 국한되지 않습니다(유방 절제 후의 수술용 브래지어 포함). 또한 보철 장치와 관련된 특정 용품과 보철 장치의 수리 및/또는 교체가 포함됩니다. 백내장 제거 또는 백내장 수술에 따르는 일부 보장 역시 포함되며, 자세한 내용은 이 절 후반의 안과 진료를 참조하십시오. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: <u>Medicare 보장 족부의학 서비스</u> 공통 부담금 \$0 - 인공 보철물 제공자

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
폐 재활 서비스 중등도 내지 중증의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 앓고 있고 만성 폐질환을 치료 중인 의사의 폐 재활 의뢰서가 있는 가입자를 위해 폐 재활을 위한 종합적 프로그램이 보장됩니다. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: 공동 부담금 \$0 - PCP 진료실 - 전문의 진료실
알코올 남용 감소를 위한 선별검사 및 상담 당사는 알코올을 남용하지만 알코올 의존성은 아닌 Medicare 가입 성인(임신한 여성 포함)에 대해 1회의 알코올 남용 선별검사를 보장합니다. 알코올 남용 선별검사 결과가 양성인 경우, 귀하는 1차 진료 환경에서의 적격 의료진 또는 자격을 갖춘 PCP가 제공하는 짧은 대면 상담을 연간 최대 4회까지 받을 수 있습니다(단, 상담을 하는 동안 정신이 온전하고 깨어 있어야 함).	네트워크 내: Medicare가 보장하는 선별검사 및 상담에는 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금이 없습니다. 따라서 알코올 남용 예방 혜택이 축소되지 않습니다.
저선량 컴퓨터 단층촬영(LDCT)을 사용한 폐암 선별검사 적격 개인의 경우 LDCT는 매 12개월마다 보장됩니다. 적격 가입자: 폐암의 징후나 증상은 없으나 최소 연간 20갑 이상의 흡연 이력이 있고 현재 흡연을 하고 있거나 최근 15년 안에 흡연을 중단했으며 Medicare의 방문 기준에 부합하고 의사 또는 적격 비의사의 의료진이 수행하는 폐암 선별검사 상담 및 공동 의사결정 방문 중에 LDCT에 대한 서면 지시를 받은 50~77세의 성인. 최초 LDCT 선별검사 후의 LDCT 폐암 선별검사: 가입자가 LDCT 폐암 선별검사 서면 지시를 받아야 합니다. 그러한 검사는 적절한 방문 중에 의사 또는 적격 비의사의 의료진이 수행할 수 있습니다. 의사 또는 적격 비의사의 의료진이 후속 폐암 선별검사를 위해 폐암 선별검사 상담 및 공동 의사결정을 제공하기로 결정한 경우, 해당 방문이 Medicare의 방문 기준을 충족해야 합니다.	네트워크 내: Medicare 보장 상담 및 공동 의사결정 방문 또는 LDCT에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.
성매개 감염(STI) 선별검사 및 STI 예방을 위한 상담 당사는 클라미디아, 임질, 매독 및 B형 간염에 대한 성매개 감염(STI) 선별검사를 보장합니다. 이러한 선별검사는 일차의료 제공자가 검사를 지시한 경우에 임신 여성 및 STI 위험이 높은 특정 사람들에게 대해 적용됩니다. 당사는 12개월마다 한 번 또는 임신 기간 동안 특정 횟수만큼 이 검사를 보장합니다. 또한 당사는 STI 위험이 높고 성생활이 활발한 성인에 대해 매년 최대 2회에 걸쳐 20~30분의 개별적 대면 고강도 행동 상담 진료를 보장합니다. 당사는 일차의료 제공자가 그러한 서비스를 제공하고 의사의 진료실과 같은 일차 진료 환경에서 이루어지는 경우에 한해 예방 서비스로서 이러한 상담 진료를 보장합니다.	네트워크 내: Medicare 보장 STI 선별검사 및 STI 예방 혜택을 위한 상담에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
신장 질환 치료 서비스 보장 서비스: - 신장 관리에 대한 교육 및 치료에 대한 가입자의 근거정보 의사결정을 지원하기 위한 신장 질환 교육 서비스를 말합니다. 담당 의사가 진단한 4기 만성 신장 질환의 경우, 당사는 평생 최대 6회의 신장 질환 교육 서비스를 보장합니다. - 외래환자 투석 치료(3장에서 설명한 바와 같이, 일시적으로 서비스 지역을 벗어난 경우 또는 해당 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근이 불가능한 경우의 투석 치료 포함) - 입원환자 투석 치료(귀하가 특별 관리를 위해 병원에 입원환자로 입원한 경우) - 자가 투석 교육(귀하 및 귀하의 가정 내 투석 치료를 지원하는 모든 사람을 위한 교육 포함) - 가정용 투석 장비 및 용품 - 특정 가정 지원 서비스(필요한 경우, 가정 내 투석의 확인을 위한 훈련된 투석 직원의 방문, 응급 상황에서의 지원, 투석 장비 및 급수 점검 등) 일부 투석 약에 대해서는 귀하의 Medicare 파트 B 약 혜택에 따라 보장이 제공됩니다. 파트 B 보장에 대한 자세한 내용은 Medicare 파트 B 처방약 절을 참조하십시오. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: <u>신장 질환 교육 서비스</u> 공동 부담금 \$0 - PCP 진료실 - 전문의 진료실 <u>신장 투석 서비스</u> 공동 부담금 \$0 - 투석 센터 - 외래진료병원 <u>내구성 의료 장비</u> 공동 부담금 \$0 - 내구성 의료 장비 제공자 <u>가정방문치료</u> 공동 부담금 \$0 - 가입자 자택
* SilverSneakers® 피트니스 프로그램 SilverSneakers®는 적절한 Medicare 건강 플랜에 추가 비용 없이 포함되어 있는 시니어 피트니스 프로그램입니다. 가입자는 전국 참여 피트니스 센터를 이용할 수 있으며, 중량 및 운동 기구에 더하여 특정 지역에서 전문 강사가 진행하는 그룹 운동 수업이 포함될 수 있습니다. 그 외 운동 아이디어가 궁금하시면 SilverSneakers.com의 온라인 교육을 이용하거나, SilverSneakers On-Demand™ 운동 동영상 시청하거나, SilverSneakers GO™ 피트니스 앱을 다운로드하십시오. 일반적으로 추가 요금이 부과되는 모든 피트니스 센터 서비스는 멤버십에 포함되지 않습니다.	네트워크 내: 공동 부담금 \$0
전문요양시설(SNF) 케어 (전문요양시설 케어에 대한 정의는 이 책자의 12장을 참조하십시오. 전문요양시설을 SNF라고 하기도 합니다.) 귀하는 혜택 기간 중에 의료적 필요성에 따라 최대 100일 동안 보장을 받을 수 있습니다. 이전의 병원 입원은 필요 없습니다. 보장 서비스는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음). • 반개인실(또는 의료적 필요성에 따라 개인병실) • 특별식을 포함한 식사 • 전문요양 서비스	새로운 혜택 기간은 Medicare Advantage 플랜 가입 첫 날부터 시작되며, 전문요양시설에서 치료를 받은 후 퇴원한지 연속 60일이 지난 경우에도 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간당 가입자가 지불할 비용:

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
- 물리치료, 작업치료 및 언어치료 - 진료 계획의 일환으로 귀하에게 투여되는 약물(여기에는 혈액 응고 인자와 같이 인체 내에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다). - 혈액 - 보관 및 관리 포함. 전혈 및 농축적혈구에 대한 보장은 귀하에게 필요한 첫 1파인트의 혈액부터 시작됩니다. - SNF에서 일반적으로 제공하는 의료 및 수술 용품 - SNF에서 일반적으로 제공하는 검사실 검사 - SNF에서 일반적으로 제공하는 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 - SNF에서 일반적으로 제공하는 휠체어 등의 기구 사용 - 의사/의료진 서비스 일반적으로 귀하는 네트워크 시설로부터 SNF 치료를 받을 수 있습니다. 단, 아래에 나열된 특정 조건에서 해당 시설이 당사 플랜의 결제 금액을 수락할 경우 귀하는 네트워크 제공자가 아닌 시설에서 치료를 받을 수 있습니다. - 귀하가 병원으로 가기 직전에 거주하고 있었던 요양원 또는 연속적 케어 은퇴 커뮤니티(해당 시설에서 전문요양시설 케어를 제공하는 동안) - 귀하가 병원을 떠나는 시점에 귀하의 배우자나 동거 파트너가 거주하고 있는 SNF 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: 신장 질환 교육 서비스 1~20일간 하루 공동 부담금 \$0 - 전문요양시설 21~65일간 하루 공동 부담금 \$0 - 전문요양시설 66~100일간 하루 공동 부담금 \$0 - 전문요양시설
금연(금연 상담) 흡연을 하지만, 흡연과 관련한 질환의 징후 또는 증상이 없는 경우: 당사는 귀하의 비용 부담 없이 12개월 기간 중에 두 번에 걸쳐 예방 서비스로서 금연 시도 상담을 보장합니다. 각 상담 시도는 최대 4회의 직접 상담을 포함합니다. 흡연을 하고 흡연과 관련된 질환으로 진단되었거나 담배의 영향을 받을 수 있는 약을 복용하고 있는 경우: 당사는 금연 상담 서비스를 보장합니다. 당사는 12개월 기간 중에 두 번에 걸쳐 금연 시도 상담을 보장합니다. 단, 귀하가 관련 비용 부담금을 지불해야 합니다. 각 상담 시도는 최대 4회의 직접 상담을 포함합니다.	네트워크 내: Medicare 보장 금연 예방 혜택에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.
* 금연 프로그램 흡연이나 담배 제품 사용을 중단하려는 노력에 더욱 도움이 되고자, 당사는 12개월 기간 내 금연 상담을 무료 서비스로서 1회 보장합니다. 각각의 추가 상담 시도는 최대 4회의 대면 상담을 포함합니다. 이 서비스는 흡연 관련 질환의 예방 진료 또는 진단에 사용할 수 있습니다.	네트워크 내: 공동 부담금 \$0

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
* 만성 질환 환자를 위한 특별 보충 혜택 <u>Vital Support™ 혜택</u> 가입자의 최상의 건강을 위해, Humana는 자격 기준을 충족하고 특정 만성 질환이 있는 가입자에게 당사의 Vital Support™ 혜택을 통해 추가적인 지원을 제공합니다. 아래 내용을 읽고 이 플랜에서 제공하는 혜택을 확인하십시오. 가입자 지원 - 당뇨병, 만성 신장 질환(CKD), 울혈성 심부전(CHF), 만성 폐쇄성 폐질환(COPD), 호흡부전, 고혈압, 만성 및 정신 건강 장애 상태 및/또는 암 진단을 받은 만성 질환 가입자는 의료 활동 플랜 작성, 사회복지사의 월간 대면 방문, 진료 조율 및/또는 커뮤니티 지원 의뢰서를 포함한 프로그램 혜택을 받을 수 있습니다. 인증작업이 필요할 수 있습니다.	<u>네트워크 내:</u> 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금이 없습니다.
<u>감시 운동 치료(SET)</u> 증후성 말초 동맥 질환(PAD)이 있는 가입자에 대해 SET가 보장됩니다. SET 프로그램 요구 사항이 충족될 경우 12주 동안 최대 36회의 세션이 보장됩니다. SET 프로그램은 다음과 같아야 합니다. • 절뚝거림 환자의 PAD 치료성 운동 훈련 프로그램으로 구성된 30~60분 길이의 세션으로 구성되어야 합니다. • 병원 외래환자 환경 또는 의사의 진료실에서 수행되어야 합니다. • 이득이 해를 초과함을 보장하기 위해 반드시 필요하고 PAD 운동 치료 교육을 받은 적격 보조 인력을 통해 제공되어야 합니다. • 기본적 및 고급 생명지원 기법을 모두 훈련받은 의사, 의사 보조원 또는 전문 간호사/임상 전문 간호사의 직접적 감독이 있어야 합니다. 의료 제공자가 의료적 필요성이 있다고 판단하는 경우, 연장된 기간 동안의 추가적 36회 세션을 위해 12주 동안 36회 세션을 초과하여 SET가 보장될 수 있습니다. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	<u>네트워크 내:</u> 공동 부담금 \$0 - 전문의 진료실 - 외래진료병원
* 교통편 가입자는 플랜 서비스 지역 내에서 플랜이 승인한 위치로 연간 48회의 비응급 편도 교통편을 보장받습니다. 방문당 최대 50마일의 이동 거리가 허용됩니다. 교통편에 대한 자세한 내용은 고객지원팀에 문의하십시오. 고객지원팀에서는 가입자의 혜택을 확인하고, 교통편 서비스 제공자를 통해 여행 계획을 세울 수 있도록 안내해드립니다.	<u>네트워크 내:</u> 공동 부담금 \$0

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)**가입자에게 보장되는 서비스****이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용****긴급하게 필요한 서비스**

긴급하게 필요한 서비스는 상황을 고려했을 때 네트워크 제공자로부터 서비스를 받는 것은 불가능하거나 합리적이지 못할 때 제공받는 응급 상황이 아닌 예상치 못한 질병, 부상 또는 즉각적인 의료 서비스가 필요한 질환을 치료하기 위해 제공되는 서비스입니다. 상황을 고려했을 때 네트워크 제공자로부터 즉시 의료 서비스를 받아야 하는 것이 불합리한 경우, 귀하의 플랜은 네트워크 외의 제공자로부터 긴급하게 필요한 서비스를 제공할 것입니다. 서비스는 즉시 필요하며 의료적 필요성이 있습니다. 다음과 같은 경우, 네트워크 외에서 플랜이 반드시 보장해야 하는 긴급하게 필요한 서비스의 예시: 귀하가 플랜 서비스 지역을 일시적으로 이탈한 상태에서 의료적 응급 상황이 아니지만 예상치 못한 질환에 대해 즉각적인 의료 서비스가 필요하거나, 네트워크 제공자로부터 의료 서비스를 즉각적으로 받는 것이 어려울 경우. 네트워크 외에서 제공되고 긴급하게 필요한 서비스에 대한 비용 분담금은 네트워크 내에서 제공되는 서비스와 동일합니다.

귀하는 전 세계에서 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다. 미국 및 그 영토 이외의 지역에서 긴급 치료가 필요한 경우, 가입자는 이러한 서비스에 대한 비용을 일단 지불해야 합니다. 환급을 받으려면 지불에 대한 증빙 서류를 Humana에 제출해야 합니다. 자세한 내용은 7장을 참조하십시오. 당사가 모든 본인부담비용을 변제하지는 않을 수도 있습니다. 당사의 계약금액 요율이 미국 및 그 영토 외 지역의 제공자에 비해 낮을 수 있기 때문입니다. 가입자는 당사의 계약금액 요율을 초과하는 모든 비용과 해당 항목에 적용되는 가입자 부담 비용을 지불할 책임이 있습니다.

의사 진료실 제공되는 긴급하게 필요한 서비스에 대한 자세한 내용은 "의사의 진료실 방문을 포함한 의사/의료진 서비스"를 참조하십시오.

네트워크 내:긴급하게 필요한 서비스

공동 부담금 \$0

- 긴급 치료 센터

네트워크 내:Medicare 보장 안과 서비스

공동 부담금 \$0

- 전문의 진료실

녹내장 선별검사

공동 부담금 \$0

- 전문의 진료실

당뇨병성 눈 검사

공동 부담금 \$0

- 모든 치료 장소

안경류(백내장 수술 후)

공동 부담금 \$0

- 모든 치료 장소

안과 진료**보장 서비스:**

- 눈 질병과 부상의 진단과 치료를 위한 외래환자 의사 서비스(나이 관련 황반변성 치료 포함). Original Medicare는 안경/콘택트렌즈를 위한 정기 시력 검사(눈 굴절)를 보장하지 않습니다.
- 당사는 녹내장 위험이 높은 사람에 대해 매년 한 번의 녹내장 선별검사를 보장합니다. 녹내장 위험이 높은 사람 중에는 녹내장 가족력이 있는 사람, 당뇨병 환자, 50세 이상의 아프리카계 미국인 및 65세 이상의 히스패닉계 미국인이 포함됩니다.
- 당뇨병 환자의 경우 연간 한 번의 당뇨병성 망막병증 선별검사가 보장됩니다.
- 안구내 렌즈 삽입을 포함하여 백내장 수술 후의 안경이나 콘택트 렌즈 한 벌(백내장 수술을 두 차례 받은 경우, 첫 번째 수술 후의 혜택이 보존되지 않으며 두 번째 수술 후에 두 벌의 안경을 구매할 수 없습니다)

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 가입자가 반드시 지불해야 하는 비용
백내장 수술 후에 보장되는 안경에는 Medicare에서 지정한 표준 안경테와 렌즈가 포함되며, 일체의 업그레이드는 보장되지 않습니다(고급 프레임, 착색, 프로그레시브 렌즈 또는 반사 방지 코팅 등이 포함되며, 이에 국한되지 않음)  (예방 서비스)는 녹내장 선별검사에만 적용됩니다. 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	보충 안과 혜택 *귀하는 보충 안과 혜택을 보장받습니다. 자세한 내용은 이 차트의 끝에 있는 보충 안과 혜택 설명을 참조하십시오. 참고: 귀하의 보충 안과 혜택을 위한 제공자 네트워크는 위에 나열된 Original Medicare 안과 혜택을 제공하는 제공자 네트워크와 다를 수 있습니다.
 Welcome to Medicare 예방 방문 이 플랜은 1회의 Welcome to Medicare 예방 방문을 보장합니다. 방문의 내용에는 귀하의 건강 점검, 귀하에게 필요한 예방 서비스(특정 선별검사 및 주사 포함)에 관한 교육과 상담 및 필요에 따라 다른 치료에 대한 의뢰서가 포함됩니다. 중요: 당사는 귀하가 Medicare 파트 B에 가입한 경우 처음 12개월 중에만 Welcome to Medicare 예방 방문을 보장합니다. 진료 예약을 하는 경우, 귀하가 Welcome to Medicare 예방 방문을 예약하고자 한다는 점을 의사 진료실 측에 알려주세요.	네트워크 내: Welcome to Medicare 예방 방문에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.
* Wellness and Health Care Planning(WHP) 서비스 Humana 가입자는 MyHumana에서 MyDirectives®라는 온라인 사전 진료 플랜(ACP) 리소스에 액세스할 수 있습니다. 이 자료는 생존 유서, 의료적 권한 위임, 소생술 시도 거부 의사, 장기 기증 양식을 결합하여 사전 의료지시서를 작성할 수 있도록 지원합니다.	공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금이 없습니다.
* 가발(화학요법 치료와 관련) 화학요법 치료와 관련된 가발에 대해 연간 무제한의 최대 혜택을 받습니다. 화학요법을 처방한 제공자는 가발 구매를 승인하도록 당사에 알려야 합니다. 가발을 구매하면 상환을 위해 영수증을 당사에 제출하십시오(지침은 7장 2절을 참조하십시오). 사전 승인을 요청해야 할 수도 있습니다.	네트워크 내: 공동 부담금 \$0

필수 보충 치과 혜택 DEN349

보장 설명
다음과 같은 Medicare 비보장 정기 치과 관련 서비스를 받을 수 있습니다.

공제금	\$0
연간 최대	\$4,000

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

혜택 설명	네트워크 내 본인 지불*	네트워크 외 본인 지불
예방 서비스		
검사 - 횡수/제한 - 연간 시술 코드 2개		
정기 구강검진	0%	100%
검사 - 횡수/제한 - 연간 시술 코드 1개		
응급 진단 검사	0%	100%
교익 엑스레이 - 횡수/제한 - 연간 1세트		
교익 엑스레이	0%	100%
구강내 엑스레이(입 안쪽) - 횡수/제한 - 연간 세트 1개		
치근단주위의 엑스레이	0%	100%
교합 엑스레이	0%	100%
구강 전체 또는 파노라마 엑스레이 - 횡수/제한 - 5년마다 시술 코드 1개		
전체 시리즈	0%	100%
파노라마 필름	0%	100%
예방 진료(클리닝) - 횡수/제한 - 연간 시술 코드 2개		
예방 진료(클리닝)	0%	100%
치주 관리 - 횡수/제한 - 연간 시술 코드 4개		
치주 치료 후 치주 관리	0%	100%
불소 - 횡수/제한 - 연간 시술 코드 2개		
국소 불소 도포	0%	100%
종합 서비스		
수복물(충전재, 충전치료) - 아말감 및 콤포짓트 - 횡수/제한 - 연간 시술 코드 무제한		
아말감(은색) - 유치 또는 영구치	0%	100%
레진 기반 콤포짓트(흰색) - 전방(앞) 또는 후방(뒤)	0%	100%
발치(치아 제거) - 횡수/제한 - 연간 시술 코드 무제한		
발치, 치아 맹출 또는 치근 노출	0%	100%
치아 맹출의 수술적 제거	0%	100%
수복물(기타 서비스) - 코어 축조 또는 사전 제작된 포스트와 코어 - 횡수/제한 - 평생 치아당 시술 코드 1개		
코어 축조	0%	100%
사전 제작된 포스트와 코어	0%	100%
스케일링 - 일반화된 염증 - 횡수/제한 - 3년마다 시술 코드 1개		
스케일링 - 중등도 또는 중증 치은성 염증	0%	100%
스케일링 및 치근 활택술 - 횡수/제한 - 분기당, 3년마다 시술 코드 1개		
치주 스케일링 및 치근 활택술	0%	100%

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

혜택 설명	네트워크 내 본인 지불*	네트워크 외 본인 지불
근관 - 횡수/제한 - 평생 치아당 시술 코드 1개		
근관	0%	100%
근관 재치료 - 횡수/제한 - 평생 치아당 시술 코드 1개		
이전 근관 치료의 재치료	0%	100%
치관 - 횡수/제한 - 평생 치아당 시술 코드 1개		
치관(리테이너 치관 아님)	0%	100%
온레이	0%	100%
인레이 - 대체 혜택에 한함	0%	100%
브릿지-폰틱 - 횡수/제한 - 5년마다 시술 코드 1개		
폰틱 치관	0%	100%
브릿지-치관 - 횡수/제한 - 5년마다 시술 코드 2개		
리테이너 치관	0%	100%
전체 의치 - 횡수/제한 - 장착 후 일상적인 관리를 포함하여 5년마다 상악 및/또는 하악 전체 의치 1개		
전체 의치 - 상악(상부) 또는 하악(하부)	0%	100%
즉시 의치 - 상악(상부) 또는 하악(하부)	0%	100%
탈착식 부분 의치(장착 후 일상적인 관리 포함) - 횡수/제한 - 5년마다 상악 및/또는 하악 부분 의치 1개		
부분 의치 - 레진 또는 금속, 상악(상부) 또는 하악(하부)	0%	100%
부분 편측 의치	0%	100%
부분 의치 - 상악(상부) 또는 하악(하부)	0%	100%
탈착식 편측 부분 의치	0%	100%
구강 수술 - 횡수/제한 - 연간 시술 코드 2개		
구강 수술	0%	100%
의치 조정(최초 장착 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) - 횡수/제한 - 연간 시술 코드 1개		
전체 의치 교정 - 상악(상부) 또는 하악(하부)	0%	100%
부분 의치 조정 - 상악(상부) 또는 하악(하부)	0%	100%
의치 이장(최초 배치 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) - 횡수/제한 - 연간 시술 코드 1개		
전체 의치 이장 - 상악(상부) 또는 하악(하부)	0%	100%
의치 수리 - 횡수/제한 - 연간 시술 코드 1개		
전체 의치 베이스 수리 - 상악(상부) 또는 하악(하부)	0%	100%
부분 의치 베이스 수리 - 상악(상부) 또는 하악(하부)	0%	100%
부분 의치 프레임워크 수리 - 상악(상부) 또는 하악(하부)	0%	100%

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

혜택 설명	네트워크 내 본인 지불*	네트워크 외 본인 지불
손실되었거나 부러진 치아 교체	0%	100%
부분 의치에 치아 또는 클래스프 추가	0%	100%
모든 치아/아크릴 교체 - 상악(상부) 또는 하악(하부)	0%	100%
의치 개상(최초 배치 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) - 횟수/제한 - 연간 시술 코드 1개		
전체 의치 개상 - 상악(상부) 또는 하악(하부)	0%	100%
부분 의치 개상 - 상악(상부) 또는 하악(하부)	0%	100%
조직 양화(최초 배치 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) - 횟수/제한 - 연간 시술 코드 1개		
조직 양화 - 상악(상부) 또는 하악(하부)	0%	100%
교합 조정(최초 배치 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) - 횟수/제한 - 3년마다 시술 코드 1개		
교합 조정 - 제한	0%	100%
교합 조정 - 전체	0%	100%
통증 관리 - 빈도/제한 - 연간 시술 코드 2개		
치과 통증의 완화(응급 상황) 치료	0%	100%
마취 - 횟수/제한 - 보장되는 시술에 필요한 경우		
진통제, 항불안제, 아산화질소 흡입	0%	100%
깊은 진정/전신 마취	0%	100%
정맥 내 중등도(의식적) 진정제(수면 마취)/진통제	0%	100%
신경차단 약효의 적용	0%	100%
치관 재부착 - 횟수/제한 - 5년마다 시술 코드 1개		
인레이, 온레이 또는 부분 커버 수복 재부착	0%	100%
제작 또는 사전 제작된 포스트와 코어를 간접적으로 재부착	0%	100%
치관 재부착	0%	100%
브릿지 재부착 - 횟수/제한 - 5년마다 시술 코드 1개		
고정 부분 의치(브릿지) 재부착	0%	100%
진단 서비스 - 횟수/제한 - 3년마다 시술 코드 1개		
치주 검사	0%	100%
종합 구강 검사	0%	100%

제한 및 제외 사항이 적용될 수 있습니다. 제출된 청구는 보장을 승인하기 위한 임상 검토 및 치과 병력을 포함할 수 있는 검토 절차를 거쳐야 합니다. 모든 ADA 시술 코드가 본 플랜에 있는 치과 혜택으로 보장되는 것은 아닙니다. 목록에 포함되지 않은 채로 받은 모든 서비스는 해당 플랜에서 보장하지 않으며 가입자가 책임을 집니다. 치과 보장 범위 한도를 초과하는 금액에 대한 책임은 가입자에게 있습니다. 혜택은 역년 단위로 제공됩니다. 연말에 사용하지 않은 모든 금액은 만료됩니다. 각 플랜에 관한 정보는 [Humana.com/sb](https://www.humana.com/sb)에서 확인할 수 있습니다.

*네트워크 치과의사는 (네트워크 수가표(INFS)에 따라) 합의된 금액에 보장 서비스를 제공할 것에 동의하였습니다. 가입자가 참여 네트워크 치과의를 방문하는 경우, 보장 서비스에 대해 협상된 요금표를 초과하는 요금이 가입자에게 청구되지 않습니다(그러나 공동 보험비용은 여전히 적용됨).

필수 보충 치과 혜택은 Humana 치과 Medicare 네트워크를 통해 제공됩니다. 제공자는 [Humana.com](https://www.humana.com) > Find a Doctor(의사 찾기) > 메뉴에서 Dentist(치과의사) 아이콘 선택 > Distance(거리) 드롭다운에서 원하는 거리 선택 > Zip code(우편 번호) 필드에 우편 번호 입력 > 검색 방법에서 All Dental Networks(모든 치과 네트워크) 선택 > HumanaDental Medicare를 선택하여 찾을 수 있습니다.

가입자 또는 가입자의 치과 의사에 대한 지불 비용 계산 방법

보장 치과 서비스의 경우 당사는 다음 혜택에 대해 지불합니다.

- 총 보장 비용을 결정합니다.
- 허용되는 최대 혜택에 대해 보장 대상 비용을 검토합니다.
- 해당하는 경우 공제금을 충족했는지 확인합니다. 아직 충족하지 않은 경우, 가입자는 공제금을 충족할 때까지 보장 서비스 비용을 지불해야 합니다.
- 당사는 가입자 또는 가입자의 치과 의사에게 나머지 비용을 지급하고, 가입자가 지불해야 하는 공동 보험비용을 제외한 금액을 지불합니다(받은 시술 비용 중 일부를 가입자가 지불해야 할 수도 있습니다).

두 가지 이상의 치료 방법이 가능한 치과 질환의 경우, Humana는 만족스러운 결과를 제공하는 것으로 입증되는 한 가장 비용이 낮은 치료를 보장합니다. 비용이 더 높은 치료 방법을 선택하는 경우, 가입자는 차액을 지불할 책임이 있습니다.

사전 치료 계획 제출

필요한 치과 치료 비용이 **\$300**를 초과할 것으로 예상되는 경우, 당사는 가입자 또는 가입자의 치과 의사에게 치과 치료 계획을 당사에 제출하여 당사에서 미리 검토해볼 수 있도록 해주기를 제안합니다. 사전 치료 계획에는 다음과 같은 내용이 포함되어야 합니다.

1. 가입자가 받게 되는 미국치과협회 명명법과 코드를 이용해 정리한 서비스 목록
2. 제안하는 치료에 대한 치과 의사의 서면 설명
3. 치과 치료의 필요성을 보여주는 엑스레이
4. 제안된 치료의 항목별 비용
5. 당사가 요청한 기타 진단 자료

필수 보충 청력 혜택 HER945

보장 설명

혜택을 이용하려면 1-844-255-7144로 TruHearing에 연락하여 진료 일정을 예약해야 합니다.

혜택 설명	본인 지불
정기 청력 검사(매년 1회)	네트워크 내 본인 지불: \$0
매 3년마다 최대 2개의 TruHearing 브랜드 보청기(매 3년마다 귀 한쪽당 1개) 이 혜택은 다양한 스타일과 색상으로 제공되는 TruHearing Advanced 보청기에 제한됩니다. Advanced 보청기는 충전식 모델로도 이용 가능합니다. 이 혜택을 이용하려면 TruHearing 제공자를 확인해야 합니다. 진료 예약은 1-844-255-7144(TTY 사용자는 711)로 전화하십시오.	Advanced Aid당 \$0

혜택 설명	본인 지불
네트워크 보청기 구입에는 다음과 같은 사항이 포함됩니다. - TruHearing 보청기 구매 후 첫 1년 동안 후속 서비스를 위한 무제한 제공자 방문 - 60일 시험 사용 - 3년 연장 보증 - 비충전식 모델의 경우 보청기당 배터리 80개 제공 다음과 같은 사항은 혜택에 포함되지 않거나 보장되지 않습니다. - OTC 보청기 - 이어몰드 - 보청기 부수 용품 - 추가 제공자 방문 - 추가 배터리(또는 충전식 보청기를 구입한 경우 배터리) - TruHearing 브랜드 Advanced 보청기 이외의 보청기 - 분실 및 손상 보증 청구와 관련된 비용 제외 항목과 관련한 비용은 가입자에게 지불할 책임이 있으며, 플랜으로 보장되지 않습니다.	

보충 혜택을 위해 지불되는 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 최대 본인부담비용에 가산되지 않습니다.

이러한 혜택은 역년 단위로 제공됩니다.연말에 사용하지 않은 모든 금액은 만료됩니다.

필수 보충 시력 혜택 VIS733

보장 설명

Humana Medicare Insight Network를 통한 시력 혜택
다음과 같은 Medicare 비보장 정기 시력 관련 서비스를 받을 수 있습니다.

혜택 설명	네트워크 내 본인 지불
• Humana Medicare Insight Network 안과 서비스 제공자에 의한 정기 시력 검사(굴절 포함)(연간 1회) 또는 • 굴절 검사(연간 1회) - Humana 네트워크 의료 안과 서비스 제공자가 실시하는 Medicare 종합 시력 검사와 같은 진료 예약으로 완료된 경우.	\$0* 굴절 검사의 경우 \$0, 검사를 위한 전문의 비용 부담금 추가

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

혜택 설명	네트워크 내 본인 지불
- Humana Medicare Insight Network 안과 서비스 제공자의 아이웨어 혜택(매년 1회) 가입자는 다음 중에서 선택할 수 있습니다. - 안경테 및 렌즈 1쌍 구매 또는 콘택트 렌즈 구매용(기본형 또는 일회용) 보조금 \$300 또는 PLUS** 제공자로부터의 안경테 및 렌즈 1쌍 구매 또는 콘택트 렌즈 구매용(기본형 또는 일회용) 보조금 \$350 콘택트 렌즈 피팅은 혜택에 포함되지 않습니다. 자외선 보호, 긁힘 방지 코팅 및 기타 렌즈 옵션은 안경 보조금 혜택에 적용될 수 있습니다. 혜택 보조금은 소매 가격에 적용됩니다. 플랜 승인 금액을 초과하는 모든 비용은 가입자가 책임을 집니다. 이 혜택은 한 번만 사용할 수 있습니다. 남은 혜택 잔액은 향후 구입에 사용 가능하도록 “이월”되지 않습니다.	\$300를 초과하는 모든 소매 금액 또는 \$350를 초과하는 PLUS** 제공자로부터의 모든 소매 금액

***Humana Medicare Insight Network** 안과 서비스 제공자에서는 정기 검사 요금이 **\$0**를 초과하지 않습니다. 네트워크 제공자에게 Humana Medicare Insight Network의 가입자임을 알려주십시오. **참고:** 귀하의 Humana Medicare Insight Network를 통한 보충 안과 혜택을 위한 제공자 네트워크는 위에 나열된 Medicare 보장 안과 혜택을 제공하는 제공자 네트워크와 다를 수 있습니다.

PLUS 제공자는 **Humana Medicare Insight Network의 일부이며 제공자 로케이터 검색 결과에 PLUS 공급자 지표를 표시합니다.

정기 시력검사에 대한 Humana Medicare Insight Network용 제공자 로케이터는 **Humana.com > Find a Doctor (의사 찾기) > Vision Care(시력검사) 아이콘 선택 > Medicare 선택 > Medicare Advantage 선택**을 통해 찾을 수 있습니다.

Medicare 보장 안과 제공자 로케이터는 **Humana.com > Find a Doctor(의사 찾기) > Medical(의료) 아이콘 선택 > Zip Code(우편 번호) 필드에 우편 번호 입력 > 조회 방법 선택 > Medicare or Medicare - Medicaid > 플랜 네트워크 선택 > Search Category(검색 카테고리) 선택 > Specialty Physician(전문의)**에서 찾을 수 있습니다.

보충 혜택을 위해 지불되는 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 최대 본인부담비용에 가산되지 않습니다.

참고: 혜택은 역년 단위로 제공됩니다. 귀하가 이러한 혜택을 사용하지 않은 상태에서 해당 혜택이 내년 또는 내후년에 변경되거나 제거될 경우, 귀하는 더 이상 위에서 설명한 혜택을 받을 수 없습니다.

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

- 보충 혜택을 위해 지불되는 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 최대 본인부담비용에 가산되지 않습니다.
- 참고: 혜택은 역년 단위로 제공됩니다. 귀하가 이러한 혜택을 사용하지 않은 상태에서 해당 혜택이 내년 또는 내후년에 변경되거나 제거될 경우, 귀하는 더 이상 위에서 설명한 혜택을 받을 수 없습니다.

3절

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 외 보장되는 서비스는 무엇입니까?

3.1절	Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에서 보장되지 않는 서비스
------	--

Original Medicare로 보장되는 모든 서비스는 당사 플랜으로도 보장됩니다. Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)으로 보장되지 않지만 Apple Health(Medicaid)를 통해 이용할 수 있는 서비스는 Medicaid 가입자 핸드북을 참조하십시오.

4절

어떤 서비스가 플랜의 보장 대상에서 제외됩니까?

4.1절	플랜으로 보장되지 않는 서비스(제외)
------	----------------------

이 절에서는 어떤 서비스가 제외되어 있는지 설명합니다. Apple Health(Medicaid) 혜택에 대한 자세한 내용은 고객관리팀에 전화 문의하십시오.

아래의 차트에 어떤 조건에서도 보장되지 않거나 특정 조건에서만 보장되는 서비스와 항목이 설명되어 있습니다.

제외되는(보장되지 않음) 서비스를 받을 경우 아래 명시된 특정 조건을 제외하고 직접 비용을 지불해야 합니다. 귀하가 응급 시설에서 제외되는 서비스를 받더라도 제외되는 서비스는 여전히 보장되지 않으며 당사의 플랜에서 비용을 지불하지 않습니다. 유일한 예외는 이의 제기를 통해 특정한 상황으로 인해 당사가 지불을 해야 하거나 보장을 해야 하는 의료 서비스에 해당한다는 판단이 내려질 경우입니다 (당사가 내린 의료 서비스 보장 부인 결정에 대한 이의 제기에 관한 자세한 내용은 본 책자의 9장 6.3절을 참조하십시오).

Medicare 보장에서 제외되는 서비스	어떠한 조건에서도 보장 없음	특정 조건에서만 보장됨
관례상 주로 비의료적 목적으로 사용되는 장비에 대한 요금(해당 물품이 일부 원격 의료 관련 용도에 사용되는 경우도 마찬가지임)		의료적 필요성이 있는 경우에만 보장됩니다.
성형 수술 또는 절차		- 사고로 인한 부상 또는 변형된 신체의 기능 개선을 위한 경우는 보장됩니다. - 대칭 모양을 만들기 위해 치료받지 않은 유방을 포함하여 유방절제술 후의 유방재건의 모든 단계가 보장됩니다.

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

Medicare 보장에서 제외되는 서비스	어떠한 조건에서도 보장 없음	특정 조건에서만 보장됨
보호 간호 보호 간호는 목욕이나 옷 입기와 같은 일상 생활 활동에 도움을 주는 여와 같이 훈련된 의료인, 또는 보조 의료인의 지속적인 관심을 필요로 하지 않는 개인적인 간호를 의미합니다.	조건 하 보장 없음	
실험용 의료 및 수술 절차, 장비 및 의약품 실험 절차 및 품목은 Original Medicare 에서 판단하기에 의료 커뮤니티에서 일반적으로 받아들여지지 않는 품목과 절차를 말합니다.		Medicare 승인 임상 연구에 따른 Original Medicare 또는 당사 플랜에 의해 보장될 수 있습니다. (임상 연구에 대한 자세한 내용은 3장 5절을 참조하십시오.)
귀하의 직계 친척 또는 가족 구성원에 의한 간호에 대해 부과되는 비용	조건 하 보장 없음	
가정 내 풀타임 요양 간호	조건 하 보장 없음	
가사 서비스에는 가벼운 집안일이나 간편한 식사 준비와 같은 기본적인 가사 지원이 포함됩니다.	조건 하 보장 없음	
자연요법 서비스(자연 치료 또는 대체 치료 사용)	조건 하 보장 없음	
비정기 치과 치료		질병이나 부상의 치료를 위해 필요한 치과 치료는 입원진료 또는 외래진료로서 보장됩니다.
정형외과용 신발 또는 발을 지지해 주는 장치		다리 보호대의 일부인 신발로 보호대 비용에 포함됩니다. 당뇨병성 발질환 환자를 위한 정형외과용 또는 치료용 신발.
병원의 병실 또는 전문요양시설에 있는 개인 물품(전화기 또는 텔레비전 등)	조건 하 보장 없음	
병원 내 개인병실		의료적 필요성이 있는 경우에만 보장됩니다.
난관복원술 및 기타 비처방 피임 용품	조건 하 보장 없음	
정기 발 진료		Medicare 지침에 따라 제공되는 일부 제한된 보장 범위(예: 당뇨병 환자의 경우).

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

Medicare 보장에서 제외되는 서비스	어떠한 조건에서도 보장 없음	특정 조건에서만 보장됨
Original Medicare의 기준에 따라 타당하고 필요한 것으로 간주되지 않는 서비스	조건 하 보장 없음	
Original Medicare에서 구매를 허용하지 않는 내구성 의료 장비의 임대가 아닌 구매	조건 하 보장 없음	

의료 혜택 차트 또는 이 **보장 범위 증명서**의 다른 곳에 설명된 예외 또는 제한 사항 외에도, **다음 항목 및 서비스는 Original Medicare 또는 당사 플랜을 통해 보장되지 않습니다.**

- 방사상 각막절개술, 라식 수술 및 기타 저시력 보조 및 서비스.
- Veterans Affairs(VA) 시설에서 퇴역 군인에게 제공되는 서비스. 단, VA 병원에서 응급 서비스가 제공되고 VA 비용 분담금이 당사 플랜의 비용 분담금보다 클 경우 당사는 해당 차액을 퇴역 군인에게 변제합니다. 당사의 비용 분담금에 대한 책임은 여전히 가입자에게 있습니다.

다음 항목은 필수 보충 치과 혜택 제외 사항에 포함됩니다(단, 이에 국한되지 않음).

- 네트워크 치과의사는 네트워크 수가표(INFS)에 합의된 금액에 서비스를 제공할 것에 동의하였습니다. 가입자가 참여 네트워크 치과의를 방문하는 경우, 보장 서비스에 대해 협상된 요금표를 넘어서는 요금 청구서가 가입자에게 제시되지 않습니다(공동 보험비용은 여전히 적용됨).
- 네트워크 외 치과의로부터 받은 서비스는 보장되는 혜택에서 제외됩니다.
- 서비스가 불가능하거나 서비스를 할 수 없는 이전 의치 제품의 최초 배치 또는 교체. 여분의 의치는 보장되지 않습니다.
- 치과 이장은 초기 의치 배치 또는 예비 의치 후 6개월 이내에 보장받을 수 없습니다.
- 치과 조정은 초기 의치 배치 후 6개월 이내에 또는 여분의 의치에 대해 보장받을 수 없습니다.
- 보장 적용 여부에 관계없이 가입자가 근로자의 보상이나 직업병 관련 법에 따라 자격이 있는 동안 발생하는 경비.
- 다음과 같은 서비스:
 - 미국 정부 또는 법의 요건에 따라 정부 기관으로부터 받거나 상환 가능한 요금인 한, 해당 비용은 무료이거나, 이 보험이 없는 경우 비용을 지불하지 않아도 되는 서비스.
 - 정부 또는 정부 하위 기관을 통하여 모든 플랜 또는 법률에 따라 제공되거나 그에 따라 지불하는 서비스(Medicare 또는 Medicaid는 여기에 포함되지 않음).
 - 질병 또는 신체 부상과 관련한 서비스에 대해 미국 정부가 소유 또는 운영하는 병원/제도/기관이 제공하는 서비스.
- 선전 포고의 여부와 관계없이 전쟁 또는 모든 전쟁 행위, 국제 무장 분쟁, 또는 국제 기관의 무장 군대와 관련된 일체의 분쟁 등으로 야기되거나 그로 인하여 발생한 모든 손실.
- 양식 작성으로 인해 발생하는 모든 비용.
- 치과 의사와 진료 예약 시간을 지키지 못한 경우.
- 이 정책의 보장을 받는 기간에 지속되는 우발적 부상의 결과로 인하여 필요한 것이 아닌 한, 당사가 미용치과 시술로 간주하는 모든 서비스. 당사는 다음과 같은 예를 미용치과 시술로 간주하며, 이에 국한되지 않습니다.
 - 치관 또는 인공 치아의 전장 - 지대주 사이의 고정 브릿지 부분 - 두 번째 작은 어금니 뒤쪽.
 - 선천성 기형을 교정하기 위한 모든 서비스.
 - 주로 외형이나 보철 장치의 특성 및
 - 맞춤형 개선을 목적으로 하는 모든 서비스. 또는
 - 치아의 간격 및/또는 모양을 변경하는 모든 절차.

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

- 다음에 대한 비용:
 - 치관 또는 그에 부착되는 보철 장치,
 - 정밀 또는 반정밀 부착물,
 - 기타 맞춤형 부착물 등 모든 임플란트 및 관련 서비스에 대한 비용.
 - 임시적인 또는 잠정적인 치과 서비스
 - 치과 치료 제공 시 사용되는 재료 또는 장비와 관련된 추가 비용
 - 보장 서비스가 아닌 경우 모든 임플란트의 제거.
- 다음과 관련한 모든 서비스:
 - 치아의 세로 치수 변경.
 - 교합의 수복 또는 유지관리.
 - 여러 개의 지대주를 포함한 치아 스플린팅, 또는 치주가 약화된 치아를 안정화시키기 위한 모든 서비스.
 - 마모증, 교모증, 부식증, 굴곡파절로 인해 손실된 치아구조 교체.
 - 교합 채득 또는 교합 분석.
- 멸균 기술 등을 포함한 감염 관리.
- 면허를 취득한 치위생사가 수행하는 스케일링, 치아 클리닝 및 불소 국소 도포를 제외하고, 치과 의사 이외의 의료진이 수행하는 치료의 비용. 이러한 치료는 일반적으로 허용되는 치과 표준에 따라 치과 의사의 감독하에 제공되어야 합니다.
- 병원, 수술 또는 치료 시설, 마취과 의사 또는 마취사가 제공하는 서비스.
- 조제 또는 처방에 관계 없이, 처방약 또는 예비 투약되는 약.
- 보장 내용 목록에 구체적으로 제시되지 않은 모든 서비스.
- 임상 검토에 기반할 시 혜택에 적격하지 않거나, 좋은 예후를 제공하지 않거나, 균일한 전문적인 보증이 없거나, 성격상 실험 또는 연구로 간주되는 일체의 서비스.
- 치아 교정 서비스.
- 브릿지 보장이 혜택에 포함되지 않은 경우 리테이너 치관 서비스.
- 발효일 전에 또는 이 보충 혜택이 종료된 후에 발생한 모든 비용.
- 가입자의 가정에 일반적으로 거주하는 사람이나 가족의 일원이 제공하는 서비스.
- 서비스에 대한 보상 한도를 초과하는 비용.
- 의도적으로 발생한 부상 또는 신체 질병에 대한 치료.
- 별도의 서비스로 요금이 부과되는 것으로, 수복을 위한 치아본 또는 배치와 관련한 국소 마취, 근관세정, 기저재, 펄프 캡, 임시 치과 서비스, 연구 모델/진단용 거푸집, 치료 계획, 교합(어금니 및 작은어금니 표면을 물거나 갈기) 조정 또는 조직 준비. 이러한 서비스는 전체 치과 서비스에서 필수적인 부분으로 간주됩니다.
- 모든 검사, 수술 중, 엑스레이, 검사실, 기존 기동 제거, 충전재, Therafill 캐리어 및 기타 모든 후속 진료는 근관 요법에 필수적인 것으로 간주됩니다. 이러한 서비스에 대한 별도의 수수료는 보장 비용으로 간주되지 않습니다.
- 치과교정장치의 수리 및 교체.
- 턱 관절 장애, 턱 측두하악, 두개 안면, 두개골 하악 장애 또는 기타 턱 뼈와 두개골을 연결하는 관절 상태 등 턱 관절 문제를 치료하는 외과적 또는 비외과적 치료, 또는 표정 그리고 씹기 기능에 사용되는 안면 근육 치료(예: 두통).
- 이 플랜 하의 경구 수술 혜택에는 다음이 포함되지 않습니다.
 - 악교정 수술에 대한 모든 서비스
 - 모든 방법에 의한 병변 파괴에 대한 모든 서비스
 - 치아 이식에 대한 모든 서비스
 - 경구 조직 또는 뼈에서의 이물 제거에 대한 모든 서비스
 - 안면 뼈의 수술, 외상성 또는 선천성 결손증 재건에 대한 모든 서비스
 - 수술 전 및 후 관리에 대한 모든 별도 수수료

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

- 전신 마취 또는 의식적 진정제는 치과 의사 또는 의료진이 보장 구강 수술 절차, 치주 및 뼈 수술 절차 또는 보장 서비스에 대한 치과 주위 수술 절차와 함께 제공 및 관리하는 문서에 대한 임상 검토를 기반으로 하지 않는 한 보장 서비스가 아닙니다.
- 다음 이유(이에 국한되지는 않음)로 인해 투여된 전신 마취 또는 의식적 진정제는 보장되지 않습니다.
 - 국소 마취에 대한 알레르기 기록이 없는 경우 통증 조절.
 - 불안.
 - 통증에 대한 두려움.
 - 통증 관리.
 - 수술을 받기에 감정적 준비가 안 됨.
- 구강 위생 지침, 치태 관리, 가정용품, 처방전 및 식이 계획을 포함하나 이에 국한되지 않는 예방 관리 프로그램.
- 모든 분실, 도난, 손상, 오배치 또는 중복된 주요 수복물, 보철 또는 기구의 교체.
- 모든 충치 감수성 검사, 검사실 검사, 타액 샘플, 무산소배양, 민감도 검사 또는 경구 병리 절차 비용.
- 수술 전후 관리 및 12개월 이내 재평가에 대한 별도 수수료는 이 플랜의 수술 치주 서비스 하의 보장 서비스로 간주되지 않습니다.
- 당사는 보장 정보에서 보장되는 것으로 특별히 명시된 서비스를 제외한 일반적으로 의료 서비스로 간주되는 서비스는 보장하지 않습니다.
- 보충 혜택을 위해 지불되는 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 최대 본인부담비용에 가산되지 않습니다.

다음 항목은 필수 보충 청력 혜택 제외 사항에 포함됩니다(단, 이에 국한되지 않음).

- 명시된 최대치를 초과하는 시험, 검사, 평가 또는 서비스에 대한 수수료.
- Medicare, 기타 정부 프로그램, 또는 보험 플랜에서 보장하거나, 가입자가 법적으로 지불할 의무가 없는 모든 비용.
- 제공자가 승인/상담을 위하여 제공하는 서비스.
- 보청기 분실 또는 손상과 관련한 수정 수수료.
- 네트워크 외의 보청기 제공자가 수행하는 모든 서비스에 대한 수수료. 네트워크 내 보청기 제공자는 네트워크 제공자로부터 구입한 서비스 장치만 이용할 수 있는 권리를 갖습니다.
- 보청기 및 보청기 서비스 제공자 방문(보장 혜택에 구체적으로 설명된 경우 제외), 이어몰드, 보청기 부수 용품, 보충 청구 수수료, 보청기 배터리(보장 한계 초과).
- 보충 혜택을 위해 지불되는 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 최대 본인부담비용에 가산되지 않습니다.
- 이러한 혜택은 역년 단위로 제공됩니다. 연말에 사용하지 않은 모든 금액은 만료됩니다.

다음 항목은 필수 보충 시력 혜택 제외 사항에 포함됩니다(단, 이에 국한되지 않음).

- 네트워크 외 안과 제공자로부터 받는 모든 혜택.
- 최초 교정 후 렌즈 디자인을 수정하거나 변경.
- 양식 작성으로 인해 발생하는 모든 비용.
- 보충 혜택 목록에 구체적으로 제시되지 않은 모든 서비스.
- 시능훈련 또는 시기능훈련.
- 보통 이하 시력 보조 및 관련 검사.
- 부등상 렌즈.
- 운동용 또는 산업용 렌즈.
- 프리즘(보조금으로 보장되지 않지만 할인된 소매 가격으로 이용할 수 있습니다. 자세한 내용은 제공자에 문의하십시오).
- 당사가 외관을 위한 것이라고 판단하는 모든 서비스.

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

- 발효일 전에 또는 이 보충 혜택이 종료된 후에 발생한 모든 비용.
- 가입자의 가정에 일반적으로 거주하는 사람이나 가족의 일원이 제공하는 서비스.
- 서비스에 대한 보조금을 초과하는 비용.
- 의도적으로 발생한 부상 또는 신체 질병에 대한 치료.
- 평면 렌즈.
- 한쪽 눈, 양쪽 눈 또는 지지 구조물의 의료적 또는 외과적 치료.
- 비처방 선글라스.
- 다초점을 대신할 안경 2벌.
- 시력 치료를 제공하는 다른 단체 혜택 플랜의 서비스 또는 자료.
- 실험성 시력 교정 치료
- 안경 또는 콘택트 렌즈용 용액 및/또는 클리닝 제품.
- 비처방 품목.
- 재료 확보 관련 비용.
- 수술 전/후 서비스.
- 각막 굴절 교정 렌즈.
- 재료의 일반적 유지관리.
- 미용 목적의 컬러 렌즈.
- 보장 적용 여부에 관계없이 가입자가 근로자의 보상이나 직업병 관련 법에 따라 자격이 있는 동안 발생하는 모든 경비.
- 다음과 같은 서비스:
 - 미국 정부 또는 법의 요건에 따라 정부 기관으로부터 받거나 상환 가능한 요금이 아닌 한, 해당 비용은 무료이거나, 이 보험이 없는 경우 비용을 지불하지 않아도 되는 서비스.
 - 정부 또는 정부 하위 기관을 통하여 모든 플랜 또는 법률에 따라 제공되거나 그에 따라 지불하는 서비스(Medicare 또는 Medicaid는 여기에 포함되지 않음).
 - 질병 또는 신체 부상과 관련한 서비스에 대해 미국 정부가 소유 또는 운영하는 병원/제도/기관이 제공하는 서비스.
- 선전 포고의 여부와 관계없이 전쟁 또는 모든 전쟁 행위, 국제 무장 분쟁, 또는 국제 기관의 무장 군대와 관련된 일체의 분쟁 등으로 야기되거나 그로 인하여 발생한 모든 손실.
- 진료 예약 시간을 지키지 못한 경우.
- 병원, 수술 또는 치료 시설, 마취과 의사 또는 마취사가 제공하는 서비스.
- 조제 또는 처방에 관계 없이, 처방약 또는 예비 투약되는 약.
- 당사가 안과적 필요성이 없다고 판단하거나, 좋은 예후를 제공하지 않거나, 균일한 전문적인 보증이 없거나, 성격상 실험 또는 연구로 간주되는 일체의 서비스.
- 보충 혜택에 따라 달리 제공되지 않는 한, 이러한 보충 혜택에 따라 제공되는, 분실 또는 파손된 렌즈 또는 안경테의 교체.
- 고용 조건 또는 보안경으로 고용주가 요구하는 모든 검사 또는 재료.
- 병리학적 치료.
- 보충 혜택을 위해 지불되는 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 최대 본인부담비용에 가산되지 않습니다.
- 이러한 혜택은 역년 단위로 제공됩니다. 연말에 사용하지 않은 모든 금액은 만료됩니다.

이 플랜은 위에 나열된 제외 서비스를 보장하지 않습니다. 귀하가 응급 시설에서 서비스를 받더라도 제외되는 서비스는 여전히 보장되지 않습니다.

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용



약품 비용에 대한 정보는 어떻게 얻을 수 있습니까?

Medicaid 자격을 갖추었기 때문에 처방약 플랜 비용을 지불하기 위해 Medicare에서 "부가 지원"을 받을 자격이 있고 이를 받고 있습니다. "부가 지원" 프로그램에 가입되어 있기 때문에, **파트 D 처방약의 비용에 대한 이 보장 범위 증명서의 일부 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.**

1절 서문

이 장에서는 **파트 D 약품에 대한 보장의 사용에 관한 규칙을 설명합니다.** Medicare 파트 B의 약품 혜택 및 호스피스 약품 혜택은 4장을 참조하십시오.

Medicare가 적용되는 의약품 외에, 일부 처방약은 Medicaid 혜택에 따라 보장될 수 있습니다.

1.1절 플랜의 파트 D 약품 보장에 관한 기본 규칙

이 플랜은 귀하가 아래의 기본 규칙을 따르는 동안 일반적으로 귀하의 약을 보장합니다.

- 해당 주법에서 유효한 처방자(의사, 치과의사 또는 기타 처방자)여야 합니다.
- 처방자는 Medicare의 제외 또는 차단 목록에 있지 않아야 합니다.
- 처방대로 약을 조제하려면 일반적으로 네트워크 약국을 이용해야 합니다(2절 **네트워크 약국 또는 플랜의 우편 주문 서비스**를 통한 처방약 조제를 참조하십시오).
- 약이 플랜의 **처방약 가이드(처방집)**(줄여서 "의약품 가이드")에 있어야 합니다(3절 **가입자의 약**이 플랜의 "의약품 가이드"에 포함되어야 합니다를 참조하십시오).
- 약이 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다. "의학적으로 인정된 적응증"이란 식품의약청의 승인을 받았거나 특정 참조 자료에 의해 뒷받침되는 약물을 사용하는 것을 말합니다 (의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 내용은 3절을 참조하십시오).

2절 네트워크 약국 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통한 처방약 조제

2.1절 네트워크 약국 이용

대부분의 경우, 귀하의 처방약은 플랜의 네트워크 약국에서 조제하는 경우 **에만** 보험이 적용됩니다 (네트워크 외의 약국에서 조제되는 처방약을 당사가 보장하는 경우에 대한 정보는 2.5절을 참조하십시오).

네트워크 약국은 보장되는 처방약을 귀하에게 제공하도록 플랜과 계약을 맺은 약국을 말합니다. 보장 약이라는 용어는 플랜의 "의약품 가이드"에 포함된 모든 파트 D 처방약을 의미합니다.

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용**2.2절****네트워크 약국****내 지역의 네트워크 약국을 어떻게 찾습니까?**

네트워크 약국을 찾으려면 *제공사 명부*를 확인하거나 웹사이트([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))를 방문하거나 고객지원팀에 문의하십시오.

당사의 네트워크 약국을 찾아갈 수도 있습니다.

이용 중이던 약국이 네트워크를 떠난 경우 어떻게 됩니까?

이용 중이던 약국이 플랜의 네트워크를 떠난 경우 네트워크에 속한 새 약국을 찾아야 합니다. 해당 지역의 다른 약국을 찾으려면 고객지원팀에서 도움을 받거나 *제공사 명부*를 사용하십시오. 당사 웹사이트 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)에서 정보를 확인하실 수도 있습니다.

전문 약국이 필요한 경우 어떻게 해야 합니까?

일부 처방약은 전문 약국에서 조제해야 할 수도 있습니다. 전문 약국은 다음과 같습니다.

- 가정 내 주입 요법용 약물을 공급하는 약국.
- 장기요양(LTC) 시설 주민을 위한 약을 공급하는 약국. 일반적으로 장기요양 시설(요양원 등)에는 자체 약국이 있습니다. LTC 시설에서 파트 D 혜택을 받는 데 어려움이 있는 경우 고객지원팀에 문의하십시오.
- Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program(푸에르토리코에서는 제공되지 않음)을 지원하는 약국. 응급 상황을 제외하고, 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민만이 당사 네트워크에서 이러한 약국을 이용할 수 있습니다.
- FDA가 특정 지역으로 제한하거나 특별한 취급, 제공사 조정 또는 사용 교육을 요하는 약을 공급하는 약국(**참고:** 이 시나리오는 드물게 발생합니다).

전문 약국을 찾으려면 *제공사 명부*를 확인하거나 고객지원팀에 문의하십시오.

2.3절**플랜의 우편 주문 서비스 이용**

특정 유형의 약에 대해 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 사용할 수 있습니다. 일반적으로 우편 주문을 통해 제공되는 약은 만성 또는 장기 의료 질환을 위해 정기적으로 복용하는 약입니다. 이러한 약은 당사의 "의약품 가이드"에 **우편 주문 약**으로 표시되어 있습니다.

귀하는 당사 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 **최대 100일분**을 주문할 수 있습니다.

주문 양식 및 처방에 대한 정보를 우편으로 받으려면 고객지원팀에 문의하십시오.

일반적으로 우편 주문 약국으로 주문된 약은 처방전을 받은 때로부터 **10일(영업일 기준)** 이내에 배송됩니다. 우편 주문 약국을 이용할 플랜인 경우, 의사에게 약의 처방전을 2부 작성해 달라고 하는 것이 좋습니다. 하나는 우편 주문을 위해 발송하고, 다른 하나는 우편 주문 약이 제때 도착하지 않을 경우 네트워크 약국에서 직접 약을 조제하기 위함입니다. 이렇게 하면 우편물이 지연되더라도 의약품의 공백이 생기지 않습니다. 우편 주문을 기다리는 동안 네트워크 약국에서 처방약을 조제하는 데 문제가 있는 경우 처방자의 진료실로 문의하십시오.

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용**약국이 진료실로부터 직접 새 처방을 수령하는 경우.**

다음과 같은 경우, 약국에서 귀하에게 먼저 확인하지 않고 의료 제공자로부터 받은 새 처방전에 기초하여 자동으로 약을 조제합니다.

- 귀하가 과거에 이 플랜에 따라 우편 주문 서비스를 이용한 경우 또는,
- 의료 제공자로부터 직접 받은 모든 새 처방을 자동 전달하도록 귀하가 서명을 한 경우. 언제든지 고객지원팀에 전화를 걸어 새로운 약의 자동 전달을 요청할 수 있습니다.

귀하가 자신이 원하지 않는 처방약을 우편으로 자동 수령하거나 배송 전에 희망 여부를 알아보기 위한 연락을 받지 못한 경우, 환불을 받을 수 있습니다.

이전에 우편 주문을 사용했으며 약국에서 새로 처방된 약을 매번 자동으로 조제하지 않도록 하려면 당사 고객지원팀에 전화를 주십시오.

귀하가 당사의 우편 주문 배송을 사용한 적이 없거나 새 처방약의 자동 조제를 중지하기로 결정할 경우, 약국은 의료 서비스 제공자로부터 새 처방을 받을 때마다 귀하에게 처방약의 조제와 즉시 배송을 원하는지 여부의 확인을 위한 연락을 드립니다. 다만 약국에서 연락을 받을 때마다 답변을 해서 새 처방전을 발송할지, 지연할지 또는 취소할지를 알리는 것이 중요합니다.

우편 주문 처방약의 보충. 처방약을 정기적으로 우편 배송을 받으려는 가입자는 자동 보충 프로그램에 등록할 수 있습니다. 자동 보충 프로그램에 등록하면 기록에 따라 약이 거의 소진되는 시점에 처방약 보충분이 자동으로 준비됩니다. 처방약이 추가로 필요한지를 확인하기 위해 각 보충약을 배송하기 전에 약국에서 연락을 드릴 것입니다. 약이 충분하지 않거나 변경된 경우에는 발송 예정인 보충약을 취소할 수 있습니다.

자동 보충 프로그램은 사용하지 않지만 우편 주문 약국을 통해 처방전을 발송받기를 원하는 경우에는 처방약이 모두 소진되기 14일(영업일 기준) 전에 약국에 문의하시기 바랍니다. 이렇게 해야 주문 약을 적시에 받아볼 수 있습니다.

우편 주문 처방약 자동 보충 프로그램을 앞으로 이용하지 않으려는 경우에는 고객지원팀에 전화하여 당사에 연락해 주십시오.

원치 않는 보충약을 우편으로 받은 경우에는 이에 대한 환불을 받으실 수 있습니다.

2.4절 어떻게 약을 장기 공급 받을 수 있습니까?

약을 장기간 공급받으면 비용 부담금이 더 낮아질 수 있습니다. 플랜은 당사 플랜의 "의약품 가이드"에서 장기복용약의 장기분(연장분이라고도 함)을 받는 두 가지 방법을 제공합니다(장기복용약은 만성 또는 장기 의료 질환을 위해 정기적으로 복용하는 약을 말합니다).

1. 당사 네트워크에 속한 일부 소매 약국에서 장기복용약의 장기 공급을 받을 수 있습니다. 귀하의 **제공자 명부**는 당사 네트워크의 어느 약국들이 장기복용약의 장기 공급을 제공할 수 있는지 알려줍니다. 또한 고객지원팀에 문의하여 자세한 내용을 확인할 수도 있습니다.
2. 또한 우편 주문 프로그램을 통해 장기복용 약을 받을 수도 있습니다. 자세한 내용은 2.3절을 참조하십시오.

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용**2.5절 플랜의 네트워크에 없는 약국은 언제 이용할 수 있습니까?****처방약은 특정 상황에서 보장할 수 있습니다**

일반적으로 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우 **에만** 네트워크 외 약국에서 구매하는 약에 대해 보장합니다. 서비스 지역 외부에 있는 네트워크 약국을 통해 플랜의 가입자로서 처방약을 구매할 수 있습니다. **먼저 고객지원팀에 문의**하여 주변에 네트워크 약국이 있는지 확인하십시오. 네트워크 외 약국에서 약에 대해 지불하는 비용과 네트워크 약국에서 보장하는 비용의 차이를 지불해야 할 가능성이 높습니다.

네트워크 외 약국에서 처방약을 보장할 수 있는 상황은 다음과 같습니다.

• 의학적 응급 상황으로 인해 처방약이 필요한 경우

- 의학적 응급 상황 치료와 관련한 처방약인 경우 네트워크 외 약국에서 구매한 처방약을 보장합니다(최대 30일분). 이러한 상황에서는 처방약을 조제할 때 전체 비용을 지불해야 합니다(공동 부담금 또는 공동 보험비용만 지불하지 않음). <https://www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms/>의 처방약 청구 양식을 제출하여 비용 중 당사의 분담금을 귀하에게 보상해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 네트워크 외 약국에 가는 경우, 네트워크 약국에서 구매한 처방약에 대해 당사가 지불하는 금액과 처방약에 대해 네트워크 외 약국에서 청구된 액수 사이의 차이를 지불할 책임이 있습니다(7장, 2절은 귀하에게 비용을 돌려주라고 요청하는 방법을 설명합니다).

• 플랜의 서비스 지역 밖에서 여행 중에 보장이 필요한 경우

- 정기적으로 처방약을 복용하고 여행을 하는 경우, 떠나기 전에 남은 약 분량을 확인하십시오. 가능한 경우 필요한 모든 의약품을 가져가십시오. 귀하는 당사의 처방약 우편 주문 서비스 또는 확장된 분량을 제공하는 네트워크 소매 약국을 통해 미리 처방약을 주문할 수 있습니다. 플랜의 서비스 지역을 벗어나 미국 및 영토 내에서 여행 중에 아프게 되거나 처방약이 떨어지면 고객지원팀에 연락하여 처방약을 조제할 수 있는 지역의 네트워크 약국을 찾으십시오. 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우 이 문서에서 식별된 다른 모든 보장 규칙을 따르는 경우 네트워크 외 약국에서 구매한 처방약을 보장합니다(최대 30일분). 이러한 상황에서는 처방약을 조제할 때 전체 비용을 지불해야 합니다(공동 부담금 또는 공동 보험비용만 지불하지 않음).
- **처방약을 보장하는 경우 네트워크 외 요율로 보장합니다.** 네트워크 약국에서 구매한 처방약에 대해 당사가 지불하는 금액과 처방약에 대해 네트워크 외 약국에서 청구된 금액 사이의 차이를 귀하가 지불할 책임이 있을 수 있습니다. 종이 청구서 양식을 제출하여 비용 중 당사의 분담금을 귀하에게 보상해 줄 것을 요청할 수 있습니다(7장, 2절은 귀하에게 비용을 돌려주라고 요청하는 방법을 설명합니다).
- **그러나 다수의 비응급 상황으로 인해 네트워크 외 약국 청구가 발생하면 청구가 거부될 수 있다는 점에 유의하십시오.** 또한, 도난 의약품 또는 미국 및 영토 외의 약국에서 구매한 처방약에 대해 비용을 지불할 수 없습니다. 예를 들어, 미국 영토 밖에 있는 크루즈 선박 등에서 의료 응급 상황이 발생한 경우에도 마찬가지입니다.

그렇지 않은 경우 네트워크 외 약국으로 가면 처방약을 보장받을 수 있습니다. 이러한 상황은 네트워크 외 요율로 보장됩니다. 이러한 상황에서는 처방약을 조제할 때 전체 비용을 지불해야 합니다(공동 부담금 또는 공동 보험비용만 지불하지 않음). 종이 청구서 양식을 제출하여 비용 중 당사의 분담금을 귀하에게 보상해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 네트워크 외 약국 또는 제공자를 이용하는 경우, 귀하는 네트워크 약국에서 조제된 처방약에 대해 당사가 지불하는 액수와 귀하의 처방약에 대해 네트워크 외 약국에서

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용

청구하는 금액의 차액을 지불할 책임이 있습니다(7장, 2절은 귀하에게 비용을 돌려주라고 요청하는 방법을 설명합니다). 다음 중 하나 이상이 적용되는 경우 네트워크 외 약국에서 처방약이 보장됩니다.

- 필요한 보장 약을 즉시 받을 수 없습니다. 합당한 주행 거리 내에 열려 있는 네트워크 약국이 존재하지 않기 때문입니다.
- 귀하의 처방약은 네트워크 약국이 일반적으로 재고를 유지하지 않는 특수 단계 약을 위한 것이 아닙니다.
- 귀하는 아직 가입하지 않은 경우에도 처방약을 받을 때 Medicaid를 사용할 수 있었습니다. 이를 소급 가입이라고 합니다.
- 주, 연방 또는 공공 보건 응급 상황으로 인해 집 밖에 있으며 네트워크 약국에 액세스할 수 없습니다.
- 환자가 응급실, 제공자 기반 병원, 외래 수술 클리닉 또는 다른 외래환자 환경에 있는 동안 기관 기반 약국에서 보장 처방약을 받은 경우.

플랜에서 상환을 어떻게 요청합니까?

네트워크 외 약국을 이용해야 하는 경우 일반적으로 처방약을 구매할 때 전체 비용을 지불해야 합니다. 당사에 환급을 요청할 수 있습니다(7장, 2절은 귀하에게 비용을 돌려주라고 요청하는 방법을 설명합니다).

3절 가입자의 약이 플랜의 "의약품 가이드"에 포함되어야 합니다**3.1절 "의약품 가이드"는 어떤 파트 D 약품이 보장되는지 설명합니다**

이 플랜에는 *처방약 가이드*(처방집)가 포함되어 있습니다. 이 **보장 범위 증명서**에서 **당사는 이것을 줄여서 "의약품 가이드"라고 부릅니다.**

이 목록에 있는 의약품은 의사 및 약사 팀의 도움을 받아 플랜에 포함된 것입니다. 이 목록은 Medicare의 요구 사항을 충족하며 Medicare의 승인을 받았습니다.

"의약품 가이드"의 약은 Medicare 파트 D에서 보장되는 약입니다. Medicare가 적용되는 의약품 외에, 일부 처방약은 Medicaid 혜택에 따라 보장될 수 있습니다. Medicaid에서만 보장되는 처방약에 대한 정보는 이 문서의 "자료 A"에 있는 전화번호로 Apple Health(Medicaid)에 문의하십시오.

이 장에 설명된 다른 보장 규칙을 따르고 약 사용이 의학적으로 인정된 적응증인 경우 일반적으로 플랜의 "의약품 가이드"의 약을 보장하게 됩니다. 의학적으로 인정된 적응증은 다음 중 *하나*의 약에 대한 사용 목적입니다.

- 식품의약청이 규정된 진단 또는 상태에 대해 해당 의약품을 승인함.
- -- 또는 -- AHFS(American Hospital Formulary Service, 미국 병원 처방집 서비스) 의약품 정보 및 DRUGDEX 정보 시스템(DRUGDEX Information System) 등의 특정 참조 자료가 지원하는 의약품.

"의약품 가이드"에는 브랜드 약, 복제약 및 바이오시밀러가 포함되어 있습니다.

브랜드 약은 제약사가 소유한 상표명으로 판매되는 처방약입니다. 일반적인 약(예: 단백질에 기초한 약)보다 더 복잡한 브랜드 약을 생물학적 제제라고 합니다. "의약품 가이드"에서 "약"은 약 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용

복제약은 브랜드 약과 동일한 활성 성분을 갖는 처방약입니다. 생물학적 제제는 일반 약보다 더 복잡하기 때문에 복제 형태 대신 바이오시밀러라고 하는 대안이 있습니다. 일반적으로 복제약 및 바이오시밀러는 브랜드 약 또는 생물학적 제제와 같은 효과가 있으며 일반적으로 비용이 적게 듭니다. 다양한 브랜드 약에 사용할 수 있는 복제약 대체품이 있습니다. 일부 생물학적 제제에 대한 바이오시밀러 대안이 있습니다.

"의약품 가이드"에 없는 것은 무엇입니까?

이 플랜이 모든 처방약을 보장하는 것은 아닙니다.

- 경우에 따라 법에 따라 특정 유형의 약에 대한 Medicare 플랜이 허용되지 않는 경우도 있습니다(이에 대한 자세한 내용은 이 장의 7.1절 참조).
- 다른 경우에는 "의약품 가이드"에 특정 약을 포함시키지 않기로 결정했습니다. 경우에 따라 "의약품 가이드"에 포함되지 않은 약을 취득할 수 있습니다. 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

Medicaid에서 보장되는 처방약에 대한 정보는 이 문서의 자료 A에 있는 전화번호로 Apple Health(Medicaid)에 문의하십시오.

3.2절 특정 약이 "의약품 가이드"에 있는지 어떻게 알 수 있습니까?

확인할 수 있는 4가지 방법은 다음과 같습니다.

1. 전자 방식으로 제공하는 최신 "의약품 가이드"를 확인하십시오(참고: "의약품 가이드"에는 가입자들이 가장 일반적으로 사용하는 보장 약에 대한 정보가 제공되어 있습니다. 그러나 당사는 제공된 "의약품 가이드"에 포함되지 않은 추가 약에 대해서도 보장합니다. 가입자가 복용하는 약 중에 "의약품 가이드"에 포함되지 않는 약이 있을 경우 당사 웹사이트를 방문하거나 고객지원팀에 연락하여 해당 약에 대한 보장 여부를 확인해야 합니다).
2. 플랜의 웹사이트([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))를 방문하십시오. 웹사이트에 나와 있는 “의약품 가이드”는 언제나 최신 버전으로 유지됩니다.
3. 특정 약이 플랜의 의약품 가이드에 있는지 확인하거나 목록 사본을 요청할 경우 고객지원팀에 문의하십시오.
4. 플랜의 "실시간 혜택 도구"를 사용합니다([Humana.com](https://www.humana.com)을 방문하여 MyHumana에 로그인하거나 고객지원팀으로 전화). 이 도구를 사용하여 "의약품 가이드"에서 약을 검색하여 지불 비용 추정치와 "의약품 가이드"에 대체 약이 있는지를 확인할 수 있습니다.

4절 일부 약에 대한 보장에 제한이 있습니다**4.1절 일부 약에 제한이 있는 이유는 무엇입니까?**

특정 처방약에 대한 특별 규칙은 이 플랜이 어떻게 그리고 언제 보장하는지를 제한합니다. 의사와 약사 팀은 귀하와 귀하의 제공자가 가장 효과적인 방법으로 약을 사용하도록 장려하기 위해 이러한 규칙을 개발했습니다. 이러한 제한 사항 중 무엇이 귀하가 복용하거나 복용하고 싶은 약에 적용되는지 알아보려면 "의약품 가이드"를 확인하십시오. 안전하고 저렴한 약이 의학적으로 더 높은 비용의 약처럼 효과가 있을 경우 이 플랜의 규칙은 귀하와 제공자가 이 저렴한 옵션을 사용하도록 장려하기 위해 마련되었습니다.

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용

"의약품 가이드"에 약이 두 번 이상 나타날 수 있습니다. 이는 동일한 약물이 의료 제공자가 처방한 약의 강도, 양 또는 형태에 따라 달라질 수 있으며, 약의 버전(예: 10mg 대 100mg, 하루에 1건 대 2건, 정제 대 액체)에 따라 제한이나 비용 부담금이 다르게 적용될 수 있기 때문입니다.

4.2절 제한의 종류

아래 절에서는 특정 약에 사용되는 제한 유형에 대해 자세히 설명합니다.

약에 대한 제한이 있는 경우, 일반적으로 약이 보장되려면 귀하 또는 귀하의 제공자가 추가 조치를 취해야 함을 의미합니다. 고객지원팀에 문의하여 약에 대해 보장 받기 위해 귀하 또는 귀하의 제공자가 무엇을 해야 하는지 알아보십시오. 당사가 귀하의 제한을 포기하도록 하려면 보장 결정 절차를 사용하여 예외를 만들도록 요청해야 합니다. 당사는 귀하의 제한을 포기하는 데 동의할 수도 있고 동의하지 않을 수도 있습니다(9장 참조).

복제 또는 교체 가능한 바이오시밀러 버전이 제공되는 경우 브랜드 약 또는 기존 생물학적 제제의 제한

일반적으로 **복제약** 또는 교체 가능한 바이오시밀러는 브랜드 약 또는 기존 생물학적 제제와 효과가 동일하며 일반적으로 가격이 더 저렴합니다. **브랜드 약 또는 기존 생물학적 제제의 복제 또는 교체 가능한 바이오시밀러 버전이 제공되는 경우, 당사의 네트워크 약국에서는 브랜드 약 또는 기존 생물학적 제제 대신 복제 또는 교체 가능한 바이오시밀러 버전을 제공합니다.** 그러나 귀하의 제공자가 귀하에게 동일한 질환을 치료하는 복제약, 교체 가능한 바이오시밀러와 다른 보장 약 모두 효과가 없다는 의학적 이유를 알려 준 경우, 당사는 브랜드 약 또는 기존 생물학적 제제에 대해 보장할 것입니다(복제약 또는 교체 가능한 바이오시밀러보다 브랜드 약 또는 기존 생물학적 제제에 대한 비용 부담금은 더 클 수 있습니다).

사전에 플랜 승인을 받습니다

특정 약의 경우, 귀하 또는 귀하의 제공자가 본 약에 대한 보장에 동의하기 전에 플랜의 승인을 받아야 합니다. 이를 **사전 승인**이라고 합니다. 이는 의약품의 안전성을 보장하고 특정 약의 적절한 사용을 안내하기 위해 사용됩니다. 이 승인을 받지 못하면 약이 플랜에 의해 보장되지 않을 수 있습니다.

다른 약을 먼저 시도합니다

이러한 요구 사항은 플랜이 다른 약을 보장하기 전에 비용이 적게 들지만 보통은 효과적인 약을 사용할 것을 권장합니다. 예를 들어, 약 A와 약 B가 동일한 의료 질환을 치료하는 경우, 플랜에 따라 약 A를 먼저 시도해야 할 수도 있습니다. 약 A가 귀하에게 효과가 없는 경우, 플랜은 약물 B를 보장할 것입니다. 먼저 다른 약을 시도해야 하는 이 요구 사항을 **단계적 치료법**이라고 합니다.

수량 제한

특정 약의 경우, 처방약을 조제할 귀하가 가질 수 있는 약의 양을 제한합니다. 예를 들어, 일반적으로 특정 약에 대해 하루에 한 알만 복용해도 안전하다고 판단되는 경우, 당사는 처방약에 대한 보장을 하루 한 알 이상 복용하지 않도록 제한할 수 있습니다.

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용**5절 이용하는 약 중 하나가 귀하가 원하는 대로 보장되지 않는 경우 어떻게 해야 합니까?****5.1절 약이 원하는 대로 보장되지 않으면 할 수 있는 일이 있습니다**

복용하고 있는 처방약이 있을 수도 있고, 귀하와 귀하의 제공자가 당사의 처방집에 포함되지 않거나 처방집에 포함되어 있더라도 제한 사항이 있는 처방약으로서 귀하가 복용해야 한다고 생각하는 약이 있는 경우도 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 약이 전혀 보장되지 않을 수 있습니다. 또는 복제약이 보장되지만 사용하려는 브랜드 버전은 보장되지 않을 수 있습니다.
- 이 약이 보장되지만, 해당 약을 보장하는 데 추가 규칙이나 제한 사항이 있습니다(4절에 설명됨).
- 약이 원하는 대로 보장되지 않으면 할 수 있는 일이 있습니다.
- 약이 "의약품 가이드"에 없거나 제한된 경우 5.2절로 이동하여 무엇을 할 수 있는지 알아보십시오.

5.2절 의약품이 "의약품 가이드" 내에 없거나 어떤 식으로든 제한되어 있는 경우 어떻게 해야 합니까?

약이 "의약품 가이드" 내에 있지 않거나 제한 사항이 있는 경우 다음과 같은 옵션이 있습니다.

- 임시로 약이 공급될 수 있습니다.
- 다른 약으로 변경할 수 있습니다.
- 예외를 요청하고 플랜에 약에 대한 보장 또는 약물 제한 해제를 요청할 수 있습니다.

임시로 공급될 수 있습니다

특정 상황에서는 플랜은 이미 복용하고 있는 약의 공급분을 임시로 제공해야 합니다. 임시 공급을 통해 보장 변경에 대해 제공자와 대화하고 무엇을 해야 할지 결정할 수 있습니다.

임시 공급 자격을 얻기 위해 복용하고 있는 약은 **더 이상 플랜의 "의약품 가이드"에 포함되어 있지 않거나 어떤 식으로든 제한되어야 합니다.**

- **신규 가입자일 경우** 플랜 가입 후 처음 90일 동안 일시적으로 약을 공급받을 수 있습니다.
- **작년에 이 플랜에 가입하신 경우** 해당 연도의 첫 90일 동안 일시적으로 약을 공급받으실 수 있습니다.
- 이 임시 공급은 최대 30일 동안 제공됩니다. 처방을 며칠 더 적은 기간 동안 작성한 경우, 최대 30일간의 의약품 공급을 위해 여러 번 구매를 허용합니다. 처방약은 네트워크 약국에서 구매해야 합니다(장기요양 약국은 낭비를 방지하기 위해 한 번에 더 적은 양의 약을 제공할 수 있습니다).

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용**• 90일 이상 플랜에 포함되어 있고 장기요양(LTC) 시설에 거주하며 즉시 공급이 필요한 가입자:**

특정 약의 31일 응급 공급은 1회, 또는 처방을 며칠 더 적은 기간 동안 작성한 경우 그 이하에 대해 보장하게 됩니다. 이는 위의 임시 공급 상황 이외에 추가로 적용됩니다.

• 치료 환경의 변경 사항이 있는 현재 가입자에 대한 전환 공급:

플랜 연도 중에 치료를 받는 환경이 변경되는 경우 전환 중에 약을 단기간 공급해야 할 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 귀하는 병원 또는 전문요양시설(Medicare 파트 A 지급에 약비용이 포함된 경우)에서 퇴원하며 집에서 약을 계속 복용하려면 약국의 처방약이 필요합니다(파트 D 플랜 혜택 사용). 또는
- 한 전문요양시설에서 다른 시설로 이송됩니다.

치료 환경을 변경하고 약국에서 처방약을 조제해야 하는 경우, Medicare 파트 D가 보장하는 약에 대해 최대 31일 공급을 보장하므로 약 치료가 중단되지 않습니다.

같은 달 내에 여러 차례 치료 환경을 변경하는 경우, 약 보장을 계속 받기 위해 예외 또는 사전 승인을 요청해야 할 수 있습니다.

전환 기간 중 임시 약 공급 정책

귀하가 신규 가입자이거나, 플랜을 변경했거나, 의약품 보장에 변화가 있는 경우, 2024년 플랜의 첫 90일이 전환 기간이라고 생각합니다. 위에서 설명한 바와 같이, 전환 기간 동안 필요한 경우 임시 약 공급을 받을 수 있는 여러 가지 방법이 있습니다.

첫 90일 동안, "의약품 가이드"에 없는 약에 대해 현재 처방약을 가지고 있거나 제한으로 인해 사전 승인이 필요한 경우 임시 공급을 받을 수 있습니다. 임시 공급을 받는 조건은 아래에 설명되어 있습니다.

소매 또는 우편 주문 약국에서 1회 전환 공급

Medicare 파트 D가 보장하는 약에 대해 30일 공급까지 보장합니다. 임시 공급이 있는 동안, 임시 공급량을 사용한 후 무엇을 해야 하는지 의사와 상의하십시오. 여러분은 또한 효과가 있는 보장 약으로 전환할 수 있습니다. 동일한 약을 계속 투여해야 한다는 의료적 필요성이 있다고 생각되는 경우, 귀하와 귀하의 의사는 예외를 요청할 수 있습니다.

장기요양 시설에 있는 경우 전환 공급

Medicare 파트 D가 보장하는 약에 대해 31일 공급까지 보장합니다. 이 보장은 장기 의료 시설의 약국에서 현재 처방약이 구매되는 한 90일 전환 기간 동안 언제든지 사용할 수 있습니다.

플랜 연도(90일 전환 기간 이후)에 처방된 약을 복용하는 데 문제가 있는 경우, Medicare 파트 D가 보장하는 약에 대한 최대 31일 응급 상황 공급을 보장합니다. 응급 상황 공급을 통해 귀하와 귀하의 의사가 예외 또는 사전 승인을 요청하는 동안 약 치료를 계속할 수 있습니다.

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용전환기간 연장

귀하가 예외를 요청했거나 의약품 보장에 대한 이의 제기를 한 경우 요청을 처리하는 동안 임시 전환 기간을 연장할 수 있습니다. 필요한 경우 약을 계속 받기 위해 전환 기간을 연장해야 한다고 생각되는 경우 고객지원팀에 연락하십시오(전화번호는 이 문서의 뒤표지에 안내됨).

임시 공급 비용

임시 약 공급의 공동 부담금 또는 공동 보험비용은 플랜의 승인된 약 비용 분담금을 기반으로 합니다. 귀하가 2024년에 “부가 지원”을 받는 경우, 귀하의 공동 부담금 또는 공동 보험비용이 저소득층 보조금(LIS) 한도를 초과하지 않습니다.

임시 공급은 고객지원팀에 문의하십시오.

임시 약 공급분을 사용하는 동안, 귀하는 제공자와 상의하여 임시 공급분을 모두 복용하기 전에 어떻게 해야 하는지 결정해야 합니다. 다음 두 가지 옵션이 있습니다.

1. 다른 약으로 변경할 수 있습니다

플랜에서 보장하는 다른 의약품이 귀하에게 적합할 수 있는지에 대해 제공자와 상의하십시오. 고객지원팀에 전화를 걸어 동일한 질병을 치료하는 보장 의약품 목록을 요청하실 수 있습니다. 이 목록은 귀하의 제공자가 귀하에게 맞을 수 있는 보장 약을 찾는 데 도움을 줄 수 있습니다.

2. 예외를 요청할 수 있습니다

귀하와 귀하의 제공자는 플랜에 예외를 적용하도록 요청하여 해당 약의 보장을 요구할 수 있습니다. 귀하가 당사에 예외를 요청하는 의료적 이유가 있다고 귀하의 제공자가 말하는 경우, 해당 제공자는 예외를 요청할 수 있도록 지원할 수 있습니다. 예를 들어, 플랜의 "의약품 가이드"에 없는 경우에도 약을 보장하는 플랜을 요청할 수 있습니다. 또는 제한 없이 예외를 두고 약을 보장하는 플랜을 요청할 수 있습니다.

귀하가 현재 가입자이고 귀하가 복용하고 있는 약이 다음 해에 처방집에서 제거되거나 제한되는 경우, 당사는 변경되는 사항에 대해 다음 연도 전에 귀하에게 알려드릴 것입니다. 귀하는 내년도 이전에 예외를 요청할 수 있으며, 요청(또는 처방자의 지원 문구)을 받은 후 72시간 이내에 답변해 드리겠습니다. 당사가 귀하의 요청을 승인하는 경우, 변경 사항이 적용되기 전에 보장을 허가하게 됩니다.

귀하와 제공자가 예외를 요청하려는 경우, 9장 7.4절에서 해야 할 일을 설명합니다. 또한 귀하의 요청이 신속하고 공정하게 처리되도록 Medicare가 정한 절차와 마감 시한을 설명합니다.

6절 의약품의 보장 범위가 변경되면 어떻게 됩니까?**6.1절 "의약품 가이드"는 그 해에 변경될 수 있습니다**

의약품 보장의 대부분의 변화는 매년 초(1월 1일)에 발생합니다. 그러나, 해당 연도 이내, 플랜은 "의약품 가이드"를 일부 변경할 수 있습니다. 예를 들어, 플랜은 다음과 같은 일을 할 수 있습니다.

- "의약품 가이드"에서 약을 추가하거나 제거합니다.
- 약의 보장에 대한 제한을 추가하거나 제거합니다.
- 브랜드 약을 약의 복제 버전으로 교체합니다.

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용

- 기존 생물학적 제제를 생물학적 제제의 교체 가능한 바이오시밀러 버전으로 교체합니다.

플랜의 "의약품 가이드"를 변경하기 전에 Medicare 요구 사항을 따라야 합니다.

6.2절 복용 중인 의약품의 보장 범위가 변경되면 어떻게 됩니까?

의약품 보장 변경에 대한 정보

"의약품 가이드"의 변경이 발생할 경우, 당사는 이러한 변경 사항에 대한 정보를 당사 웹사이트에 게시하고 있습니다. 또한 정기적으로 온라인 "의약품 가이드"를 업데이트해 드립니다. 아래에는 귀하가 복용하고 있는 약에 대한 변경 사항이 있을 경우 직접 통지되는 시간이 나와 있습니다.

현재 플랜 연도 중 귀하에게 영향을 미치는 약 보장 범위 변경

- 새로운 복제약이 "의약품 가이드"에서 브랜드 약을 대체합니다(또는 브랜드 약에 새로운 제한을 추가하거나 두 가지 모두 수행합니다)
 - 동일한 약의 새로 승인된 복제약 버전으로 교체하는 경우 "의약품 가이드"에서 브랜드 약을 즉시 제거할 수 있습니다. 복제약은 동일한 비용 분담 단계에 표시되며 제한 사항은 동일하거나 더 적습니다. 새로운 복제약을 추가할 때 "의약품 가이드"에 브랜드 약이 그대로 유지되도록 결정할 수 있지만, 즉시 새로운 제한 사항을 추가할 수 있습니다.
 - 귀하가 현재 브랜드 약을 복용하고 있는 경우에도 당사는 이러한 변경을 하기 전에 미리 귀하에게 말하지 않을 수 있습니다. 귀하가 당사 변경 시점에 브랜드 약을 복용하는 경우, 당사는 특정 변경 사항에 대한 정보를 제공할 것입니다. 여기에는 브랜드 약에 대한 예외를 요청하기 위해 취할 수 있는 단계에 대한 정보도 포함됩니다. 변경 사항을 적용하기 전에 이 알림을 받지 못할 수 있습니다.
 - 귀하 또는 귀하의 처방자는 당사에 예외를 요청하고 계속해서 브랜드 약에 대해 보장할 수 있습니다. 예외를 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.
- 안전하지 않은 약 및 "의약품 가이드"에 나와 있는 시장에서 철회된 기타 약
 - 경우에 따라 약이 안전하지 않은 것으로 간주되거나 다른 이유로 단종되기도 합니다. 이 경우 "의약품 가이드"에서 해당 약을 즉시 삭제할 수 있습니다. 귀하가 이 약을 복용하는 경우, 당사는 즉시 알려드릴 것입니다.
 - 처방자는 또한 이러한 변화에 대해 알고 있으며, 귀하와 함께 귀하의 질환에 맞는 다른 약을 찾을 수 있습니다.
- "의약품 가이드"의 기타 약 변경 사항
 - 당사는 해당 연도가 시작되면 귀하가 복용하고 있는 약에 영향을 미치는 다른 변화를 적용할 수 있습니다. 예를 들어, "의약품 가이드"의 브랜드 약을 대체하거나, 브랜드 약에 새로운 제한을 추가하기 위해 시장에 새로 도입되지 않은 복제약을 추가할 수 있습니다. 또한 FDA 박스형 경고나 Medicare에서 인정한 새로운 임상 지침에 따라 변경할 수도 있습니다.
 - 이러한 변화에 대해 당사는 귀하에게 변경 사항에 대해 최소 30일 전에 미리 통지하거나 네트워크 약국에서 복용하는 약에 대한 변경 및 30일 리필을 통지해야 합니다.
 - 변경 통지를 받은 후, 귀하는 처방자와 협력하여 당사가 다루는 다른 약으로 전환하거나 복용 중인 약에 대한 새로운 제한 사항을 충족해야 합니다.

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용

- 귀하 또는 귀하의 처방자는 당사가 예외를 두고 계속해서 귀하의 약을 보장하도록 요청할 수 있습니다. 예외를 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 주지 않는 "의약품 가이드" 변경

"의약품 가이드"에 위에 설명되어 있지 않은 일부 변경 사항이 있을 수 있습니다. 이러한 경우 변경 사항이 발생할 당시에 약을 복용 중이라면 해당 변경 사항이 적용되지 않습니다. 그러나 동일한 플랜을 그 다음 연도에도 계속해서 유지한다면 다음 플랜 연도의 1월 1일부터 변경 사항이 적용될 수 있습니다.

일반적으로 당해 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미치지 않는 변경 사항은 다음과 같습니다.

- 귀하의 약 사용에 새로운 제한을 둡니다
- "의약품 가이드"에서 귀하의 약을 제거합니다

귀하가 복용하고 있는 약에 대해 이러한 변화가 발생한 경우(단, 시장 회수, 브랜드 약을 대체한 복제약 또는 위의 절에 명시된 기타 변경 사항 제외), 변경 사항이 내년 1월 1일까지 사용 또는 비용 분담으로 지불하는 금액에 영향을 미치지 않습니다. 이 날짜까지는 가입자의 지불 금액이 증가하지 않거나 약 사용에 대한 제한 사항이 추가되지 않습니다.

당 플랜 연도 중에는 이러한 유형의 변경 사항에 대해 직접 알려드리지 않습니다. (공개 가입 기간 동안 목록이 제공되는 경우) 다음 플랜 연도에 대한 "의약품 가이드"를 확인하여 현재 복용 중인 약의 변경 사항이 다음 플랜 연도 중에 귀하에게 영향을 줄 수 있는지 확인해야 합니다.

7절 어떤 유형의 약이 플랜에서 보장되지 *않습니까?***7.1절 당사가 보장하지 않는 의약품의 종류**

이 절에서는 어떤 유형의 처방약이 제외되어 있는지 설명합니다. 이는 Medicare가 이러한 약에 대한 비용을 지불하지 않음을 의미합니다.

가입자가 이의를 제기한 결과 요청한 의약품이 파트 D에서 제외되지 않은 것으로 판명될 경우, Humana에서 비용을 지불하거나 보장합니다(결정에 이의를 제기하는 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오). 당사 플랜에서 제외된 의약품이 Medicaid에서도 제외되는 경우, 가입자가 그 의약품에 대해 직접 지불해야 합니다.

다음은 Medicare 약 플랜이 파트 D에 따라 보장되지 않는 약에 대한 4가지 일반적인 규칙입니다.

- 플랜의 파트 D 약품 보장은 Medicare 파트 A 또는 파트 B에서 보장되는 약에 대해서는 보장하지 않습니다.
- 당사의 플랜은 미국 또는 그 영토 이외의 지역에서 구매한 약을 보장하지 않습니다.
- 당사의 플랜은 보통 오프 라벨 사용에 대해 보장할 수 없습니다. "오프 라벨 사용"은 식품의약청이 승인한 약 라벨에 표시된 것 이외의 약을 사용하는 것을 말합니다.
- "오프 라벨 사용"에 대한 보장 범위는 AHFS(American Hospital Formulary Service, 미국 병원 처방 서비스) 의약품 정보 시스템과 DRUGDEX 정보 시스템 등 특정 참조 자료가 해당 사용을 지원하는 경우에만 허용됩니다.

또한, 법에 따라 아래 나열된 의약품 범주는 Medicare에서 보장되지 않습니다. 그러나 이러한 의약품 중

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용

일부는 Medicaid 약 보장에 따라 귀하를 위해 보장될 수도 있습니다. 자세한 정보는 Apple Health(Medicaid)에 문의하십시오. Apple Health(Medicaid)의 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인할 수 있습니다.

- 비처방약(일반의약품이라고도 부름)
- 생식 능력을 촉진하는 데 사용되는 약
- 기침이나 감기 증상을 완화하는 데 사용되는 약
- 미용 목적으로 사용하거나 모발 성장을 촉진하는 데 사용되는 약
- 출생전 비타민과 불소 조제물을 제외한 처방약 비타민과 미네랄 제품
- 성적 또는 발기 기능 장애 치료에 사용되는 약
- 식욕부진, 체중 감소 또는 체중 증가 치료에 사용되는 약
- 제조사가 판매 조건으로 관련된 테스트 또는 모니터링 서비스를 제조사로부터만 구매하도록 요구하는 외래환자 약

처방약에 대해 지불하기 위해 **"부가 지원"을 받는 경우** "부가 지원" 프로그램은 일반적으로 보장되지 않는 약에 대해 지불하지 않습니다. 하지만 Medicaid를 통해 약이 보장되는 경우, 귀하의 주 Medicaid 프로그램은 Medicare 약 플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 일부 처방약에 대해 보장할 수 있습니다. 어떤 의약품 보장이 귀하에게 제공되는지 확인하려면 해당 주의 Medicaid 프로그램에 문의하십시오 (2장 6절에서 Medicaid의 전화번호와 연락처 정보를 찾을 수 있습니다).

8절 처방약 조제**8.1절 가입 정보 제공**

처방전을 조제하려면 멤버십 카드에서 확인할 수 있는 플랜 멤버십 정보와 Apple Health(Medicaid) 멤버십 정보를 모두 귀하가 선택한 네트워크 약국에 제시하십시오. 네트워크 약국에서 플랜에 자동으로 약 비용을 청구합니다. 처방약 수령 시 가입자의 비용 부담금을 약국에 지불해야 합니다.

귀하에게 추가 보장이 있을 수 있음을 제공자가 알 수 있도록 반드시 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 가입자 카드와 Apple Health(Medicaid) ID 카드를 함께 제시해 주십시오.

8.2절 가입자 정보가 없는 경우 어떻게 해야 할까요?

처방약을 구매할 때 플랜 가입자 정보가 없는 경우 귀하 또는 약국이 필요한 정보를 얻기 위해 플랜에 전화하거나 플랜 가입 정보를 확인하도록 약국에 요청할 수 있습니다.

약국에서 필요한 정보를 얻을 수 없는 경우, **약을 구입할 때 처방약 비용을 전액 지불해야 할 수 있습니다** (그런 다음 **당사에 당사의 부담금에 대해 보상해 달라고 요청**할 수 있습니다. 환급 요청 방법에 대한 자세한 내용은 7장 2절을 참조하십시오).

9절 특수 상황에서 파트 D 약품 보장

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용**9.1절 플랜에서 보장되는 입원을 위해 병원 또는 전문요양시설에 있는 경우 어떻게 해야 하나요?**

병원 또는 전문요양시설에 입원하여 이 플랜이 보장하는 경우, 일반적으로 입원 기간 동안 처방약에 대한 비용을 보장합니다. 병원이나 전문요양시설에서 퇴원하고 나면, 약이 이 장에 설명된 당사의 모든 보장 규정을 충족하는 한 귀하의 처방약에 대해 플랜이 보장합니다.

9.2절 장기요양(LTC) 시설에 거주 중인 경우에는 어떻게 해야 하나요?

일반적으로 장기요양(LTC) 시설(예: 요양원)에는 약국이 있거나 모든 거주민에게 약을 공급하는 약국을 이용합니다. 장기요양 시설의 거주자인 경우, 당사의 네트워크에 속하는 한 해당 시설의 약국 또는 이용하는 약국을 통해 처방약을 받을 수 있습니다.

제/공자명부를 확인하여 LTC 시설의 약국 또는 LTC 시설에서 사용하는 약국이 네트워크에 포함되어 있는지 확인하십시오. 포함되어 있지 않거나 추가 정보나 지원이 필요한 경우 고객지원팀에 문의하십시오. 귀하가 LTC 시설에 있는 경우, 당사는 귀하가 당사의 LTC 약국 네트워크를 통해 파트 D 혜택을 정기적으로 받을 수 있다는 것을 보장해야 합니다.

장기요양(LTC) 시설에 거주 중인데 "의약품 가이드"에 포함되어 있지 않거나 어떤 식으로든 제한된 약이 필요한 경우 어떻게 해야 하나요?

임시 또는 응급 상황 시 공급에 대해서는 5.2절을 참조하십시오.

9.3절 고용주 또는 퇴직자 그룹 플랜에서도 의약품 보장을 받고 있다면 어떻게 해야 하나요?

현재 가입자(또는 가입자의 배우자)의 고용주 또는 퇴직자 그룹을 통해 처방약 보장을 받고 있는 경우, **해당 고용주 또는 그 그룹의 혜택 관리자**에게 문의하십시오. 현재 처방약 보장이 당사의 플랜과 어떻게 적용되는지 결정하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

일반적으로 직원 또는 퇴직자 단체 보장이 있는 경우, 당사로부터 받는 의약품 보장은 귀하의 그룹 보장에 따라 *이차적*으로 적용됩니다. 즉, 그룹 보장이 먼저 지급됩니다.

신뢰할 수 있는 보장에 대한 특별 참고 사항:

매년 고용주나 퇴직자 그룹은 다음 해의 처방약 보장이 신뢰할 수 있는지 여부를 알려주는 알림을 보내야 합니다.

그룹 플랜의 보장이 **신뢰할 수 있는** 경우, 이는 플랜이 평균적으로 Medicare 표준 처방약 보장과 같은 비용을 지불하게 될 것으로 예상된다는 것을 의미합니다.

나중에 필요할 때 참고할 수 있도록 **신뢰할 수 있는 보장에 관한 이 통지를 따로 보관해 두십시오**. 파트 D 의약품 보장이 포함된 Medicare 플랜에 가입한 경우, 신뢰할 수 있는 보장이 유지된다는 것을 표시하기 위해 이러한 통지가 필요할 수 있습니다. 신뢰할 수 있는 보장에 대한 통지를 받지 못한 경우, 고용주 또는 퇴직자 플랜의 혜택 관리자, 고용주 또는 조합에 사본을 요청하십시오.

9.4절 Medicare 인증 호스피스에 있는 경우에는 어떻게 하나요?

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용

호스피스와 당사 플랜은 같은 시기에 같은 약을 보장하지 않습니다. Medicare 호스피스에 가입되어 있으나, 가입자의 불치병 및 관련 질병과 관계되지 않아 호스피스가 보장하지 않는 특정 약(메스꺼움 방지 약, 완화제, 통증 의약품 또는 항불안제)이 필요한 경우, 당사 플랜은 처방자 또는 귀하의 호스피스 제공자로부터 해당 약이 관련이 없다는 통보를 받아야만 당사의 플랜에서 해당 약을 보장할 수 있습니다. 당사 플랜에 의해 보장되어야 하는 약의 수령 지연을 방지하기 위해, 귀하의 호스피스 제공자나 처방자에게 처방약을 조제하기 전에 알려달라고 요청하십시오.

호스피스 선택을 철회하거나 호스피스에서 퇴원할 경우, 당사의 플랜이 본 문서에 설명된 대로 귀하의 약을 보장해야 합니다. Medicare 호스피스 혜택이 종료될 때 약국에서 지연이 발생하지 않도록 약국 방문 시 본 문서를 지참하여 철회 또는 퇴원 사실을 확인시켜 주도록 하십시오.

10절 약 안전 및 의약품 관리에 관한 프로그램**10.1절 가입자의 안전한 의약품 사용을 지원하는 프로그램**

당사는 가입자들이 안전하고 적절한 치료를 받을 수 있도록 약 사용 검토를 실시합니다.

가입자가 처방약을 구매할 때마다 검토를 진행합니다. 또한 가입자의 기록을 정기적으로 검토합니다. 아울러 이러한 검토 과정에서 당사는 다음과 같은 잠재적 문제를 찾습니다..

- 발생 가능한 의약품 관련 착오
- 동일한 질환을 치료하기 위해 다른 약을 복용하기 때문에 필요하지 않을 수 있는 약
- 귀하의 연령 또는 성별로 인해 안전하거나 적절하지 않을 수 있는 약
- 동시에 복용하면 유해할 수 있는 특정 약 조합
- 알레르기 성분이 있는 약에 대한 처방전
- 복용약의 용량 착오 가능성
- 안전하지 않은 양의 아편계 통증 의약품

의약품 사용 시 문제가 발생할 수 있는 경우, 당사는 제공자와 협력하여 문제를 해결합니다.

10.2절 가입자가 아편계 의약품을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 DMP(Drug Management Program)

당사는 가입자가 처방 아편계 약 및 기타 자주 남용되는 약을 안전하게 사용하도록 도와주는 프로그램을 보유하고 있습니다. 이 프로그램을 DMP(Drug Management Program)라고 합니다. 여러 의사나 약국에서 받은 아편계 의약품을 사용하거나 최근에 아편계 의약품을 파다 투여한 경우, 당사는 귀하의 의사에게 아편계 의약품 사용이 적절하고 의료적 필요성이 있는지 여부를 확인하기 위해 가입자의 의사에게 연락할 수 있습니다. 의사와 함께 처방약 아편계 또는 벤조디아제핀 의약품을 사용하는 것이 안전하지 않을 수 있는 것으로 판단되면 이러한 약을 복용하는 방법을 제한할 수 있습니다. 당사 DMP에 귀하를 배치할 경우 다음과 같은 제한이 있을 수 있습니다.

- 특정 약국에서 아편계 또는 벤조디아제핀 의약품에 대한 모든 처방전을 받아야 합니다

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜 보장 이용

- 특정 의사에게 아편계 또는 벤조디아제핀 의약품에 대한 모든 처방전을 받아야 합니다
- 당사가 보장하는 아편계 또는 벤조디아제핀 의약품의 양을 제한합니다

이러한 약을 어떻게 받을 수 있는지 또는 얼마나 받을 수 있는지를 제한할 계획이라면 사전에 통지서를 보내드릴 것입니다. 통지서는 당사가 이러한 약의 보장을 제한하는지 또는 귀하가 특정 의사 또는 약국에서 이러한 약에 대한 처방전을 받아야 하는지 여부를 알려 줍니다. 귀하가 선호하는 의사 또는 약국뿐만 아니라 당사가 아는 게 중요하다고 생각하는 기타 정보에 대해서도 알려주실 수 있는 기회가 있습니다. 귀하가 답변할 수 있는 기회가 주어진 후 당사가 이러한 의약품의 보장을 제한하기로 결정한 경우, 당사는 해당 제한을 확인하는 다른 서신을 보내드릴 것입니다. 당사의 결정이나 제한에 대해 당사가 실수를 했다고 생각하거나 동의하지 않는 경우, 귀하와 귀하의 처방자는 이의제기를 할 권리가 있습니다. 이의 제기를 하면 귀하의 케이스를 검토하고 새로운 결정을 내릴 것입니다. 의약품 접근에 적용되는 제한 사항과 관련하여 귀하의 요청 중 일부를 계속해서 거부하면, 당사는 귀하의 케이스를 플랜 외부의 독립 검토기관에 자동으로 발송합니다. 이의제기 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

만약암 또는 겸상 적혈구 빈혈 등 특정 질환이 있거나 호스피스, 완화 치료 또는 생애말기 돌봄을 받고 있거나 장기요양시설에 거주하는 경우 귀하는 DMP에 해당하지 않을 수 있습니다.

10.3절 가입자의 의약품 관리를 지원하는 의약품 치료 관리(MTM) 및 기타 프로그램

당사는 가입자들이 복잡한 건강 요구 사항을 충족하도록 지원할 수 있는 프로그램을 보유하고 있습니다. 그 중 한 프로그램이 의약품 치료 관리(MTM) 프로그램입니다. 이러한 프로그램은 자발적으로 제공되며 무료로 이용할 수 있습니다. 약사와 의사들로 구성된 팀은 가입자들이 복용하는 약의 혜택을 최대한 누릴 수 있도록 돕기 위한 프로그램을 개발했습니다.

여러 가지 질환 때문에 의약품을 복용하고 약비용이 높은, 또는 아편계 의약품을 안전하게 사용하도록 도와 주는 DMP에 참가한 일부 가입자는 MTM 프로그램을 통해 서비스를 받을 수 있습니다. 프로그램 이용 대상으로 확인되는 경우, 약사 또는 기타 의료 전문가가 해당 가입자가 이용하는 모든 의약품을 종합적으로 검토할 것입니다. 검토를 진행하는 동안 가입자는 의약품, 비용, 처방약 및 일반의약품 관련 문제나 궁금한 점에 대해 논의하실 수 있습니다. 가입자는 의약품의 혜택을 최대한 누리기 위해 취해야 할 단계를 설명하는 권장 할 일 목록이 포함된 서면 요약물 받게 됩니다. 복용 중인 모든 의약품, 복용량, 복용 이유가 포함된 의약품 목록도 함께 제공됩니다. 이와 더불어, MTM 프로그램 회원에게는 통제 물질인 처방 약물의 안전한 폐기 정보가 제공됩니다.

권장되는 할 일 목록과 의약품 목록에 대해 담당 의사와 상담하는 것이 좋습니다. 방문 시 또는 의사, 약사 및 다른 의료 제공자와 대화할 때에는 요약서를 지참하십시오. 또한 병원 또는 응급실로 가실 경우 최신 상태의 의약품 목록(예: ID 포함)을 지참하십시오.

귀하의 요구에 맞는 프로그램이 있는 경우 프로그램에 자동으로 가입하고 정보를 보냅니다. 참여하지 않기로 결정한 경우, 당사에 통보해 주시면 탈퇴 처리해 드리겠습니다. 본 프로그램에 대한 질문이 있는 경우 고객지원팀에 문의하십시오.

6장: 파트 D 처방약에 대한 가입자의 지불 내용

6장 파트 D 처방약에 대한 가입자의 지불 내용**약품 비용에 대한 정보는 어떻게 얻을 수 있습니까?**

Medicaid 자격을 갖추었기 때문에 처방약 플랜 비용을 지불하기 위해 Medicare에서 "부가 지원"을 받을 자격이 있고 이를 받고 있습니다. "부가 지원" 프로그램에 가입되어 있기 때문에, **파트 D 처방약의 비용에 대한 이 보장 범위 증명서의 일부 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.**

1절 서문**1.1절 이 장을 귀하의 의약품 보장을 설명하는 다른 자료와 함께 사용합니다**

이 장에서는 파트 D 처방약에 대한 가입자의 지불 내용에 초점을 맞춥니다. 간단히 하기 위해 이 장에서 **약**은 파트 D 처방약을 의미합니다. 5장에서 설명한 바와 같이, 모든 약이 파트 D 약품인 것은 아닙니다. 일부 약은 법률에 따라 파트 D 보장에서 제외됩니다. 파트 D 보장에서 제외된 일부 약물은 Medicare 파트 A 또는 파트 B 또는 Medicaid에서 보장됩니다.

지불 정보를 이해하려면 보장되는 약과 처방약을 구매할 수 있는 곳과 보장 약을 받을 때 따라야 할 규칙을 알아야 합니다. 5장, 1절부터 4절에서 이러한 규칙에 대해 설명합니다. 플랜의 "실시간 혜택 도구"를 사용하여 약 보장을 확인하는 경우(3장, 3.3절 참조), 표시된 비용은 "실시간"으로 제공됩니다. 즉, 도구에 표시되는 비용은 귀하가 지불할 것으로 예상되는 본인부담비용 추정치를 제공하는 시간을 반영합니다. 고객센터팀에 전화를 걸어 "실시간 혜택 도구"에서 제공하는 정보를 취득할 수도 있습니다.

1.2절 귀하가 보장 약에 대해 지불할 수 있는 본인부담비용 유형

파트 D 약품에 대한 다양한 유형의 본인부담비용이 있습니다. 약에 대해 지불하는 금액을 **비용 분담금**이라고 하며, 비용을 지불하는 방식에는 세 가지가 있습니다.

- **공제금**은 당사의 플랜에 따른 분담금 지불이 시작되기 전에 귀하가 약에 대해 지불하는 금액입니다.
- **공동 부담금**은 가입자가 처방약을 구매할 때마다 지불하는 고정 금액입니다.
- **공동 보험비용**은 처방약을 구매할 때마다 지불하는 총 비용의 비율입니다.

1.3절 Medicare의 처방약 본인부담비용 계산법

Medicare에서는 일정 규칙에 따라 본인부담비용을 산정합니다. 다음은 귀하의 본인부담비용을 추적하기 위해 따라야 하는 규칙입니다.

이 부담금은 귀하의 본인부담비용에 포함됩니다

본인부담비용은 아래에 나열된 부담금을 **포함합니다**(해당 부담금이 파트 D 보장 약에 대해 제공되고 이 귀하가 5장에 설명된 의약품 보장 규칙을 따른 경우에 한함).

- 다음 의약품 지불 단계에서 귀하가 의약품에 지불하는 금액:
 - 공제금 단계
 - 초기 보장 혜택 기간

6장 파트 D 처방약에 대한 가입자의 지불 내용**- 보장 공백 단계**

- 당사의 플랜에 가입하기 전에 다른 Medicare 처방약 플랜의 가입자로서 해당 년도에 부담한 모든 부담금.

지불 주체:

- **스스로** 이러한 부담금을 지불하면 해당 비용은 본인부담비용에 포함됩니다.
- **특정 다른 개인 또는 조직**이 귀하를 대신하여 지급한 경우에도 이러한 부담금은 본인부담비용에 포함됩니다. 여기에는 친지, 대부분의 자선 단체, AIDS 의약품 지원 프로그램 또는 Indian Health Service가 제공하는 의약품 부담금이 포함됩니다. Medicare의 "부가 지원" 프로그램에서 제공하는 부담금도 포함됩니다.
- Medicare 보장 공백 할인 프로그램에서 제공하는 부담금 일부가 본인부담비용에 포함됩니다. 제약회사가 귀하의 브랜드 약에 대해 지불하는 금액이 포함됩니다. 그러나 플랜이 복제약 대해 지불하는 금액은 포함되지 않습니다.

재해 보상 범위 단계로 이동:

귀하(또는 귀하를 대신해 지불한 개인 또는 조직)가 해당 연도 내에 본인부담비용으로 총 **\$8,000**를 지출한 경우, 보장 공백 단계에서 재해 보상 범위 단계로 이동합니다.

이 지불액은 가입자의 본인부담비용에 포함되지 않습니다.

귀하의 본인부담비용에는 다음과 같은 유형의 결제가 **포함되지 않습니다**.

- 월 보험료.
- 미국 및 그 영토 밖에서 구매하는 의약품.
- 당사의 플랜에서 보장하지 않은 의약품.
- 네트워크 외 보장에 대한 플랜의 요구 사항을 충족하지 않는 네트워크 외 약국에서 제공받는 의약품.
- Medicaid에 의해 보장되는 약물만 해당.
- 파트 A 또는 파트 B에 의해 보장되는 처방약 및 Medicare에서 보장 대상에서 제외된 기타 약물을 포함한 비-파트 D 약품.
- Medicare 처방약 플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 처방약에 대해 귀하가 지불하는 금액.
- 보장 공백 기간 중 브랜드 약 또는 복제약에 대해 플랜이 지불하는 금액.
- 귀하의 의약품에 대해 고용주 건강 플랜을 비롯한 그룹 건강 플랜이 지불하는 금액.
- 귀하의 의약품에 대해 TRICARE와 국가보훈처 등 특정 보험 플랜 및 정부가 자금을 지원하는 건강 프로그램이 지불하는 금액.
- 귀하의 의약품에 대해 처방약 비용을 지불할 법적 의무가 있는 제3자(산재 보험 등)가 지불하는 금액.

6장 파트 D 처방약에 대한 가입자의 지불 내용

알림: 위에 나열된 것과 같은 다른 조직이 의약품 본인부담비용의 일부 또는 전부를 지불하는 경우 가입자에게는 고객지원팀에 연락하여 당사에 보고할 의무가 있습니다.

어떻게 하면 본인부담비용 총액을 추적할 수 있습니까?

- **당사가 도와드립니다.** 제공되는 *SmartSummary*에는 현재 본인부담비용이 포함됩니다. 총액이 \$8,000에 도달하는 경우, 이 보고서에서 귀하가 보장 공백 단계에서 재해 보상 범위 단계로 이동했음을 알려줍니다.
- **당사가 필요한 정보를 보유하고 있는지 확인합니다.** 3.2절에서는 귀하의 지출에 대한 당사의 기록이 완전하고 최신 상태를 유지하는 데 도움이 되도록 귀하가 취할 수 있는 조치를 설명합니다.

2절 약에 대해 지불하는 금액은 약을 받을 때 어느 약 지불 단계에 있는지 여부에 따라 달라집니다

2.1절 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 가입자의 약 지불 단계는 무엇입니까?

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 Medicare 파트 D 처방약 보장에 대해서는 4가지 **약 지불 단계**가 있습니다. 지불 금액은 처방약을 구매하거나 리필할 때 귀하가 어떤 단계에 있는지에 달려 있습니다. 각 단계에 대한 자세한 내용은 이 장의 4절부터 7절에 나와 있습니다. 단계는 다음과 같습니다.

1단계: 연간 공제금 단계**2단계: 초기 보장 혜택 기간****3단계: 보장 공백 단계****4단계: 재해 보상 범위 단계**

\$0 Rx 공동 부담금 혜택에 대한 중요 참고 사항: "부가 지원"을 받는 경우 전체 역년 동안 모든 처방집에 해당하는 모든 Medicare 파트 D 보장 처방약에는 \$0를 지불합니다.

3절 당사는 귀하의 약에 대한 지불과 귀하가 어느 지불 단계에 있는지 설명하는 보고서를 보냅니다

3.1절 당사에서는 *SmartSummary*라는 월간 개요를 보내 드립니다

당사의 플랜은 처방약 비용 및 약국에서 처방약을 구매하거나 리필할 때 사용한 지불액을 추적합니다. 이 방법을 통해 귀하가 약 지불 단계의 다음 단계로 이동한 시기를 알 수 있습니다. 특히, 다음 두 가지 유형의 비용을 추적할 수 있습니다.

- 지불 금액을 추적합니다. 이를 **본인부담비용**이라고 합니다.
- 귀하의 **총 약 비용**을 추적합니다. 이 금액은 본인부담으로 지불하거나 다른 사람이 대신 지불하는 금액과 플랜이 지불한 금액입니다.

6장 파트 D 처방약에 대한 가입자의 지불 내용

지난 달 동안 플랜을 통해 하나 이상의 처방약을 구매한 경우 *SmartSummary*가 전송됩니다. *SmartSummary*에는 다음이 포함됩니다.

- **당월에 대한 정보.** 이 보고서는 전월 구매한 처방약에 대한 지불 세부 정보를 제공합니다. 여기에는 총 약 비용, 플랜이 지불한 금액, 귀하 및 귀하를 대신하여 지급한 다른 사람이 지불한 금액이 나와 있습니다.
- **1월 1일 이후 연도의 함께.** 이를 연초부터 현재까지 정보라고 합니다. 여기에서는 연도가 시작된 이후 귀하의 약에 대한 총 비용 및 총 지불액을 보여줍니다.
- **약 가격 정보.** 이 정보에는 총 약 비용, 동일한 수량의 각 처방약을 처음으로 처방받아 청구한 시점 이후로 인상된 가격 정보가 포함됩니다.
- **사용 가능한 저비용 대체 처방약.** 여기에는 각 처방약 청구 시 비용 부담금이 낮은, 이용 가능한 대체약에 대한 정보가 포함됩니다.

3.2절**약 지불 관련 정보를 최신으로 유지하도록 도와주십시오**

귀하의 약 비용과 귀하가 약에 대해 지불하는 비용을 추적하기 위해 당사는 약국으로부터 받은 기록을 사용합니다. 다음은 귀하의 정보를 정확하고 최신 상태로 유지하는 데 도움이 되는 방법입니다.

- **처방약을 구매할 때마다 가입자 카드를 제시합니다.** 이를 통해 당사는 귀하가 구매하고 있는 처방약 및 귀하가 지불한 요금을 알 수 있습니다.
- **당사가 필요한 정보를 보유하고 있는지 확인합니다.** 처방약의 전체 비용을 지불할 수도 있습니다. 이러한 경우 귀하의 본인부담비용을 추적하기 위해 필요한 정보를 자동으로 얻지 않습니다. 본인부담비용을 추적할 수 있도록 영수증 사본을 제공해 주십시오. 다음은 약물 영수증 사본을 당사에 제공해야 하는 경우의 예입니다.
 - 네트워크 약국에서 보장 약을 특별 가격으로 구매하거나 당사 플랜의 혜택에 포함되지 않은 할인 카드를 사용하여 구매하는 경우
 - 귀하가 약 제조업체 환자 지원 프로그램에 따라 제공되는 약에 대해 공동 부담금을 지불한 경우
 - 귀하가 네트워크 외 약국에서 보장 약을 구매하였거나 특별한 상황에서 보장 약의 전체 가격을 지불한 경우

보장 약에 대한 요금이 청구되는 경우, 당사 플랜에 부담 비용을 지불하도록 요청할 수 있습니다. 이를 수행하는 방법은 7장 2절을 참조하십시오.

- **다른 사람이 지불한 금액에 대한 정보를 보내 주십시오.** 특정 개인 및 조직이 지불하는 금액도 본인부담비용에 포함됩니다. 예를 들어 AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP), Indian Health Service 및 대부분의 자선 단체에 의해 지불되는 금액은 본인부담비용에 포함됩니다. 이러한 지불 내역을 보관하고 당사에 보내 비용을 추적할 수 있도록 합니다.
- **보내드릴 서면 보고서를 확인하십시오.** *SmartSummary*를 받으면 정보가 완전하고 올바른지 확인해 보십시오. 누락된 부분이 있다고 생각되거나 문의 사항이 있는 경우 고객지원팀에 문의해 주십시오. 이러한 보고서를 보관하십시오.

6장 파트 D 처방약에 대한 가입자의 지불 내용**4절 공제금 단계에서는 약의 전체 비용을 지불합니다**

대부분의 가입자가 처방약 약 비용에 대해 "부가 지원"을 받기 때문에 공제금 단계는 대부분의 가입자에게 적용되지 않습니다. "부가 지원"을 받는 경우에는 이 지불 단계가 적용되지 않습니다.

"부가 지원"을 받지 않는 경우 공제금 단계는 귀하의 의약품 보장의 첫 번째 지불 단계입니다. 이 단계는 해당 연도에 처음으로 처방약을 구입할 때 시작됩니다. 이 지불 단계에서는 2024년도에 \$545인 플랜의 공제금 금액에 도달할 때까지 **귀하는 약의 전체 비용을 지불해야 합니다**. 공제금은 보장 인슐린 제품 및 대상포진, 파상풍 및 여행 백신을 비롯한 대부분의 성인 파트 D 백신에 적용되지 않습니다. 당사 플랜은 대부분의 약에 대해 비용 인하를 협상했기 때문에 가입자의 **전체 비용**은 일반적으로 네트워크 약국의 약 정가보다 저렴합니다.

약에 대해 \$545를 지불한 후에는 공제금 단계가 끝나고 초기 보장 혜택 기간으로 이동합니다.

5절 초기 보장 혜택 기간 중 플랜은 약 비용의 분담금을 지불하고 귀하는 귀하의 부담금을 지불합니다**5.1절 약에 대한 지불 금액은 약과 처방약 구매 장소에 따라 다릅니다**

초기 보장 혜택 기간에 있는 동안, 플랜에서 귀하의 보장 처방약에 대한 해당 분담금을 지불하고 귀하는 귀하의 분담금(공동 부담금 또는 공동 보험비용)을 지불합니다. 귀하의 비용 부담금은 약 및 처방약을 구매하는 장소에 따라 달라질 수 있습니다.

약국 선택

다음과 같은 의약품 구입처에 따라 의약품에 대한 귀하의 지불 액수가 달라집니다.

- 네트워크 소매 약국
- 플랜의 네트워크에 소속되어 있지 않은 약국 당사는 제한된 상황에 한하여 네트워크 외 약국에서 조제된 처방약을 보장합니다. 네트워크 외 약국에서 조제된 처방약을 보장하는 경우에 대한 정보는 5장 2.5절을 참조하십시오.
- 플랜의 우편 주문 약국

이러한 약국 선택 및 처방약 조제에 대한 자세한 내용은 5장 및 플랜의 **제공자 명부**를 참조하십시오.

5.2절

한 달분 약에 대한 가입자의 비용을 보여주는 표

\$0 Rx 공동 부담금 혜택에 대한 중요 참고 사항: "부가 지원"을 받는 경우 전체 역년 동안 모든 처방집에 해당하는 모든 Medicare 파트 D 보장 처방약에는 **\$0**를 지불합니다.

초기 보장 혜택 기간 동안 보장 약의 비용 부담금은 공동 부담금 또는 공동 보험비용이 됩니다.

의약품의 비용이 가입자의 공동 부담금보다 낮은 경우도 있습니다. 이런 경우, 가입자는 더 낮은 가격으로 공동 부담금이 아니라 약 비용을 지불합니다.

파트 D 보장 처방약 한 달분을 제공받는 경우 귀하의 비용 부담금:

단계	소매 비용 부담금 (네트워크 내) (최대 30일분)	우편 주문 비용 부담금 (네트워크 내) (최대 30일분)	장기요양(LTC) 비용 부담금(네트워크 내) (최대 31일분)	네트워크 외 비용 부담금 (보장은 특정 상황으로 제한됨. 자세한 내용은 5장 참조)(최대 30일분)
비용 분담 모든 플랜 보장 파트 D 약품	25%	25%	25%	25%
비용 분담 모든 플랜 보장 파트 D 인슐린	\$35	\$35	\$35	\$35

파트 D 백신 및 파트 D 백신 비용 부담금에 대한 자세한 내용은 이 장의 9절을 참조하십시오.

5.3절

의사가 1개월 미만 분의 의약품을 처방하는 경우에는 월 전체분의
비용을 지불할 필요가 없습니다

일반적으로 처방약에 대해 귀하가 지불하는 금액은 월 전체분을 보장합니다. 귀하나 귀하의 의사가 한 달 미만의 약 처방을 원할 경우가 있을 것입니다(예: 의약품을 처음 복용하려는 경우). 이것이 다른 처방약의 리필일을 계획하는 데 도움이 될 경우 한달 미만 분의 의약품을 의사에게 처방하고 약사에게 조제해 달라고 요청할 수 있습니다.

귀하가 한 달 미만 분의 특정 약품을 처방받는 경우, 월 전체분의 비용을 지불할 필요가 없습니다.

- 공동 보험비용에 책임이 있는 경우, 총 약비용의 일정 비율을 지불합니다. 공동 보험비용은 약의 총 비용을 기준으로 하기 때문에 약의 총 비용이 더 낮기 때문에 비용이 더 낮아집니다.
- 가입자가 약에 대한 공동 부담금을 부담해야 하는 경우, 가입자는 한 달 전체가 아닌 가입자가 받는 약의 일수에 대해서만 지불합니다. 당사는 귀하가 의약품에 대해 하루에 지불하는 금액(일일 비용 부담률)을 계산하여 귀하가 수령하는 의약품의 일수를 곱합니다.

5.4절

의약품의 장기(최대 100일) 공급분 비용을 보여주는 표

\$0 Rx 공동 부담금 혜택에 대한 중요 참고 사항: "부가 지원"을 받는 경우 전체 역년 동안 모든 처방집에 해당하는 모든 Medicare 파트 D 보장 처방약에는 **\$0**를 지불합니다.

일부 의약품의 경우 장기분(연장분이라고도 함)을 제공받을 수 있습니다. 장기분은 최대 100일분입니다.

아래 표는 약의 장기분을 제공받을 때 귀하가 지불하는 금액을 보여줍니다.

플랜이 적합하지 않다고 간주하는 특수 의약품 또는 기타 의약품은 연장분의 대상이 아닙니다. 제한 대상 의약품을 알아보려면 "의약품 가이드"를 참조하십시오.

파트 D 보장 처방약 장기분을 제공받는 경우 귀하의 비용 분담금:

단계	소매 비용 분담금 (네트워크 내) (최대 100일분)	우편 주문 비용 분담금 (네트워크 내) (최대 100일분)
비용 분담 모든 플랜 보장 파 트 D 약품	25%	25%
비용 분담 모든 플랜 보장 파 트 D 인슐린	\$105	\$105

5.5절

연간 총 약 비용이 \$5,030에 도달할 때까지 초기 보장 혜택 기간을 유지합니다

조제한 처방약의 총 금액이 **초기 보장 혜택 기간의 \$5,030 한도**에 도달할 때까지 초기 보장 혜택 기간이 유지됩니다.

귀하가 받는 *SmartSummary*는 귀하, 플랜 및 제3자가 해당 연도 이내에 귀하를 위해 지출한 금액을 추적하는 데 도움이 됩니다. 대다수의 경우 연간 **\$5,030** 한도에 도달하지 못합니다.

당사는 이 금액에 도달하는지 귀하에게 통보해 드립니다. 이 금액에 도달하면 초기 보장 혜택 기간을 벗어나 보장 공백 단계로 이동합니다. Medicare의 본인부담비용 계산 방법에 대한 자세한 내용은 1.3절을 참조하십시오.

6절

보장 공백 단계의 비용

\$0 Rx 공동 부담금 혜택에 대한 중요 참고 사항: "부가 지원"을 받는 경우 전체 역년 동안 모든 처방집에 해당하는 모든 Medicare 파트 D 보장 처방약에는 **\$0**를 지불합니다.

초기 보장 혜택 기간(위에서 설명)을 벗어나 Medicare 보장 공백 단계에 진입한 후에는 당사의 플랜이 추가 보장을 제공합니다. 아래 표는 보장되는 의약품과 귀하의 비용을 보여줍니다.

6장 파트 D 처방약에 대한 가입자의 지불 내용

보장 공백 단계에 있는 경우 Medicare 보장 공백 할인 프로그램에서 브랜드 약에 대한 제조업체 할인을 제공합니다. 가입자는 협상된 가격의 25%와 브랜드 약의 조제료 일부를 지불합니다. 보장 공백이 발생하여 비용을 지불한 경우, 가입자가 지불하는 금액과 제조업체에서 할인된 금액이 모두 본인부담비용에 포함됩니다.

복제약도 일부 보장됩니다. 귀하는 복제약 가격의 25%까지만 부담하고 플랜이 나머지를 지급합니다. 가입자가 지불한 금액만 포함하며 보장 공백을 해소합니다.

귀하는 연간 본인부담비용액이 Medicare에서 설정한 최대 금액에 도달할 때까지 이러한 비용을 계속 지불합니다. 금액이 \$8,000에 도달하면 보장 공백 단계를 벗어나 재해 보상 범위 단계로 이동합니다.

Medicare에서는 일정 규칙에 따라 본인부담비용을 산정합니다(1.3절).

아래 표는 한 달분(또는 그 미만)의 의약품 받을 때 귀하가 지불하는 금액을 보여줍니다. 파트 D 백신 및 파트 D 백신 비용 분담금에 대한 자세한 내용은 이 장의 9절을 참조하십시오.

단계	소매 비용 분담금 (네트워크 내) (최대 30일분)	우편 주문 비용 분담금 (네트워크 내) (최대 30일분)	장기요양(LTC) 비용 분담금(네트워크 내) (최대 31일분)	네트워크 외 비용 분담금 (보장은 특정 상황으로 제한됨. 자세한 내용은 5장 참조)(최대 30일분)
비용 분담 모든 플랜 보장 파트 D 약품	25%	25%	25%	25%
비용 분담 모든 플랜 보장 파트 D 인슐린	\$35	\$35	\$35	\$35

아래 표는 의약품 장기분(최대 100일)을 제공받을 때 지불하는 금액을 보여줍니다.

단계	소매 비용 분담금(네트워크 내) (최대 100일분)	우편 주문 비용 분담금(네트워크 내) (최대 100일분)
비용 분담 모든 플랜 보장 파트 D 약품	25%	25%
비용 분담 모든 플랜 보장 파트 D 인슐린	\$105	\$105

6장 파트 D 처방약에 대한 가입자의 지불 내용**7절 재해 보상 범위 단계에서 플랜은 귀하의 보장 파트 D 약품에 대한 전체 비용을 지불합니다**

해당 연도에 본인부담비용이 **\$8,000** 한도에 도달하면 재해 보상 범위 단계의 자격을 얻게 됩니다. 재해 보상 범위 단계에 있으면 연말까지 이 지불 단계가 유지됩니다.

이 지불 단계에서 플랜은 귀하의 파트 D 보장 약품에 대한 전체 비용을 지불합니다. 귀하가 지불할 비용은 없습니다.

8절 추가 혜택 정보

이 플랜에는 추가적인 처방약 혜택이 없습니다.

9절 파트 D 백신 백신 접종에 대한 귀하의 지불액은 백신 접종의 방법과 장소에 따라 다릅니다

백신 비용에 관한 중요한 메시지 - 일부 백신은 의료 혜택으로 간주됩니다. 다른 백신은 파트 D 약품으로 간주됩니다. 이러한 백신은 플랜의 "의약품 가이드"에 나열되어 있습니다. 공제금을 지불하지 않은 경우에도 당사 플랜은 대부분의 성인 파트 D 백신을 무료로 제공합니다. 특정 백신에 관한 보장 및 비용 분담금에 대한 자세한 내용은 플랜의 "의약품 가이드"를 참조하거나 고객지원팀에 문의하십시오.

당사의 파트 D 백신 접종의 보장에는 다음 두 가지 부분이 있습니다.

- 첫 번째 보장 부분은 **백신 자체** 비용입니다.
- 두 번째 보장 부분은 **백신 접종** 비용입니다(이것을 백신의 "투여"라고도 합니다).

파트 D 백신 접종 비용은 다음 세 가지 항목에 따라 달라집니다.

1. 예방 접종 자문 위원회(ACIP)라고 하는 조직의 성인 대상 백신 권장 여부.

- 대부분의 성인 파트 D 예방 접종은 ACIP에서 권장하며 무료로 제공됩니다.

2. 백신 접종 장소.

- 백신 자체는 약국 또는 진료실에서 제공할 수 있습니다.

3. 백신 제공 주체.

- 약사 또는 다른 제공자가 약국에서 백신을 제공할 수 있습니다. 또는 제공자가 의사의 진료실에 이를 제공할 수도 있습니다.

파트 D 백신 접종을 받는 시점에 귀하가 지불하는 액수는 상황과 **약 지불 단계**에 따라 달라질 수 있습니다.

- 경우에 따라 백신을 접종 받을 때 백신 자체와 제공자의 백신 접종에 대해 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 귀하는 당사의 플랜에 당사의 비용 분담금을 환급해 달라고 요청할 수 있습니다. 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 지불한 전체 비용을 환급받게 됩니다.

6장 파트 D 처방약에 대한 가입자의 지불 내용

- 다른 경우에는 백신을 접종할 때 파트 D 혜택의 비용 중 귀하의 몫만 지불하게 됩니다. 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 비용을 지불하지 않습니다.

다음은 파트 D 백신을 접종할 수 있는 세 가지 예입니다.

상황 1: 네트워크 약국에서 파트 D 예방 접종을 받습니다(이 선택 여부는 거주 지역에 따라 다릅니다. 일부 주에서는 약국에서 특정 백신을 접종할 수 없습니다).

- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 비용을 지불하지 않습니다.
- 기타 파트 D 백신의 경우, 귀하는 백신 접종 비용이 포함된 백신 자체에 대한 공동 보험비용이나 공동 부담금을 약국에 지불합니다.
- 당사의 플랜이 나머지 비용을 지불합니다.

상황 2: 진료실에서 파트 D 백신 접종을 받습니다.

- 백신을 접종할 때, 백신 자체의 전체 비용과 백신 제공자에 대한 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
- 그런 다음 7장에 설명된 절차를 이용하여 당사의 비용 부담금을 지불할 것을 당사의 플랜에 요청할 수 있습니다.
- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 지불한 전체 금액이 환급됩니다. 기타 파트 D 백신의 경우, 백신(투여 포함)의 모든 공동 보험비용 또는 공동 부담금을 공제한 금액, 그리고 의사의 청구액과 당사가 일반적으로 지불하는 금액의 차액을 공제한 금액을 환급해 드립니다("부가 지원"을 받을 경우 이 차액을 환급해 드립니다).

상황 3: 네트워크 약국에서 파트 D 백신 자체를 구입한 다음, 백신을 진료실로 가져가 백신 접종을 받습니다.

- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 백신 자체에 대한 비용을 지불하지 않습니다.
- 기타 파트 D 백신의 경우, 귀하는 백신 자체에 대한 공동 보험비용이나 공동 부담금을 약국에 지불해야 합니다.
- 의사가 백신을 접종하면 귀하는 이 서비스에 대한 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
- 그런 다음 7장에 설명된 절차를 이용하여 당사의 비용 부담금을 지불할 것을 당사의 플랜에 요청할 수 있습니다.
- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 지불한 전체 금액이 환급됩니다. 기타 파트 D 백신의 경우, 백신 투여의 모든 공동 보험비용을 공제한 금액, 그리고 의사의 청구액과 당사가 일반적으로 지불하는 금액의 차액을 공제한 금액을 환급해 드립니다("부가 지원"을 받을 경우, 이 차액을 환급해 드립니다).

7장: 보장 의료 서비스 또는 의약품 청구서에 대한 분담 요청

1절 귀하가 보장 서비스 또는 약 비용 분담금 지불을 요청해야 하는 경우

당사의 네트워크 제공자는 귀하의 보장 서비스 및 의약품에 대한 플랜을 직접 청구하므로 가입자에게는 보장 서비스 및 의약품에 대한 청구서를 발급하지 않습니다. 의료 서비스 또는 수령한 의약품에 대한 청구서를 받은 경우, 해당 청구서를 당사에 보내 지불할 수 있도록 해야 합니다. 청구서를 보내면 당사는 청구서를 검토해 해당 서비스의 보장 여부를 결정합니다. 서비스를 보장해야 한다고 결정하면 당사는 제공자에게 직접 지불합니다.

플랜에서 보장하는 Medicare 서비스 또는 항목에 대해 귀하가 이미 지불한 경우 당사에 환급을 요청할 수 있습니다(환급은 상환이라고도 함). 당사의 플랜이 보장하는 의료 서비스 또는 의약품에 대해 비용을 지불한 경우 언제든지 당사의 플랜으로부터 환급을 받을 수 있으며 이는 가입자의 권리입니다. 환급을 받기 위해 지켜야 하는 마감일이 있을 수 있습니다. 이 장의 2절을 참조하시기 바랍니다. 이미 지불하신 청구서를 보내주시면 해당 청구서를 살펴보고 서비스 또는 의약품의 보장 여부를 결정합니다. 보장이 결정되면 서비스 또는 의약품에 대한 비용을 환급해 드립니다.

Apple Health(Medicaid)를 통해 비용 분담금 보호를 받는 경우, Medicaid의 Medicare 비용 분담금 보호에 대한 자세한 내용은 4장 1.1절을 참조하십시오.

귀하가 받은 의료 서비스의 전체 비용에 대해 제공자로부터 청구서를 받거나 이 문서에서 설명한 것보다 많은 비용 분담금을 청구받는 경우도 있습니다. 먼저 공급업체와 청구서를 해결해 보십시오. 해결되지 않으면, 청구서를 지불하지 말고 당사에 청구서를 보내십시오. 당사는 청구서를 검토해 해당 서비스의 보장 여부를 결정합니다. 서비스를 보장해야 한다고 결정하면 당사는 제공자에게 직접 지불합니다. 당사가 비용을 지불하지 않을 경우, 제공자에게 통지합니다. 플랜에서 허용한 비용 분담금 이상의 금액을 지불해서는 안 됩니다. 이 제공자가 계약된 경우에도 귀하는 치료를 받을 권한이 있습니다.

다음은 귀하가 당사의 플랜에 환급이나 청구서 지불을 요청해야 하는 상황의 예입니다.

1. 당사 플랜의 네트워크에 속하지 않은 제공자로부터 응급 치료나 긴급하게 필요한 의료 서비스를 받은 경우

제공자가 당사 네트워크에 속하든 속하지 않든 어떤 제공자로부터도 응급 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다. 이러한 경우 제공자에게 플랜에 청구하도록 요청합니다.

- 진료를 받는 당시 전체 금액을 직접 지불하는 경우, 귀하는 당사에 환급을 요청합니다. 지불 서류와 함께 청구서를 보내주십시오.
- 귀하가 지불하지 않아도 된다고 생각하는 지불 청구서를 제공자가 제시할 수 있습니다. 이미 지급한 지불 서류와 함께 이 청구서를 보내주십시오.
 - 제공자가 받을 대금이 있다면 당사가 제공자에게 직접 지급합니다.
 - 이미 서비스에 대한 비용을 지불한 경우, 당사는 귀하에게 환급합니다.

2. 귀하가 생각하기에 귀하가 지불해서는 안 되는 청구서를 네트워크 제공자가 보내는 경우

네트워크 제공자는 항상 플랜을 직접 청구해야 합니다. 하지만 귀하에게 서비스 지불 비용을 요청하는 실수가 발생하기도 합니다.

7장 보장 의료 서비스 또는 의약품 청구서에 대한 분담 요청

- 당사는 서비스 제공자가 보장 서비스에 대해 귀하에게 비용을 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 당사는 서비스 제공자에게 직접 지불하므로 귀하는 비용을 지불하지 않아도 됩니다. 서비스에 대한 제공자가 청구한 비용보다 적은 비용을 지불하더라도 마찬가지입니다.
- 네트워크 제공자로부터 청구서를 받는 경우 당사로 청구서를 보내주십시오. 당사가 네트워크 제공자에게 직접 연락하여 청구 문제를 해결해 드리겠습니다.
- 이미 네트워크 제공자에 청구서 비용을 지불한 경우 결제 서류와 함께 해당 청구서를 보내주십시오. 보장 서비스에 대한 환급 요청을 당사에 직접 하셔야 합니다.

3. 당사의 플랜에 소급 가입하는 경우

때때로 플랜 가입이 소급 적용되는 경우도 있습니다(이는 가입 첫 날이 이미 지났음을 의미합니다. 가입일이 심지어 작년이었을 수도 있습니다).

당사의 플랜에 소급 가입하고 가입일 이후 보장 서비스 또는 의약품에 대해 본인부담비용을 지불한 경우 당사에 환급을 요청할 수 있습니다. 환급을 처리하려면 영수증과 청구서와 같은 서류를 제출해야 합니다.

4. 네트워크 외 약국을 이용하여 처방약을 조제하는 경우

네트워크 외 약국에 가는 경우, 해당 약국은 청구를 당사에 직접 제출할 수 없습니다. 이 경우 귀하가 처방약의 전체 비용을 지불해야 합니다.

영수증을 보관해두고 당사에 환급을 요청할 때 사본을 보내주십시오. 제한된 상황에서만 네트워크 외 약국을 보장한다는 점을 기억하십시오. 이러한 상황에 대한 설명은 5장 2.5절을 참조하십시오.

5. 플랜 가입자 카드를 소지하지 않아 처방약의 전체 비용을 지불하는 경우

플랜 가입자 카드를 소지하지 않은 경우에는 플랜에 전화하거나 플랜 가입 정보를 확인하도록 약국에 요청하면 됩니다. 그러나 약국에서 필요한 가입 정보를 즉시 얻을 수 없다면 처방약의 전체 비용을 직접 지불해야 할 수도 있습니다. 영수증을 보관해두고 당사에 환급을 요청할 때 사본을 보내주십시오.

6. 다른 상황에서 처방약의 전체 비용을 지불하는 경우

어떤 이유로 인해 의약품이 보장되지 않는다는 사실을 알게 되어 처방약의 전체 비용을 지불할 수도 있습니다.

- 예를 들어 의약품이 플랜의 *처방약 가이드(처방집)*에 없거나, 미처 알지 못했거나 귀하에게 적용된다고 생각하지 않는 요구 사항이나 제한이 있을 수 있습니다. 의약품을 즉시 구입하기로 결정하면 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
- 영수증을 보관해두고 당사에 환급을 요청할 때 사본을 보내주십시오. 일부 상황에서는 의약품에 대한 환급을 위해 의사로부터 추가 정보가 필요할 수 있습니다.

귀하의 지불 요청이 있는 경우 해당 요청을 검토하여 서비스 또는 의약품의 보장 여부를 결정합니다. 이를 보장 결정이라고 합니다. 보장이 결정되면 서비스 또는 의약품에 대한 비용을 지불합니다. 당사가 귀하의 요청을 거부한 경우 귀하는 해당 결정에 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기 방법에 대한 자세한 내용은 이 문서의 9장을 참조하십시오.

2절 환급 요청 방법 또는 이미 수령한 청구서 지불을 요청하는 방법

귀하는 서면으로 당사에 요청서를 보내 지불을 요청할 수 있습니다. 서면으로 요청서를 보낼 경우 지불에 대한 청구서 및 문서를 보내십시오. 기록을 위해 청구서 및 영수증 사본을 만드는 것이 좋습니다. 서비스, 품목 또는 파트 B 약품을 받은 날로부터 **12개월 이내에 파트 C(의료 및 치과) 청구서를 제출해야 합니다.** 의약품을 받은 날로부터 **36개월 이내에 파트 D(처방약) 청구서를 제출해야 합니다.**

결정에 필요한 모든 정보를 당사에 제공하기 위해 청구 양식을 작성하여 지불 요청을 할 수 있습니다.

- 양식을 사용할 필요는 없지만 정보를 보다 빠르게 처리하는 데 도움이 됩니다. 당사가 결정을 내리기 위해 필요한 정보는 다음과 같습니다. 귀하의 이름과 Humana ID 카드에 기재된 가입자 ID, 이용한 서비스와 해당 서비스 제공 날짜가 나열된 제공자 작성 내역서. 또한 해당하는 경우, 수익 코드, 관련 CPT 및 HCPCS 코드, 진단 코드 및 치료 장소에 대한 정보도 필요합니다. 이러한 정보는 제공자의 내역서에 나와 있을 수 있으나, 만약 없는 경우에는 가입자 본인이 직접 확인하여 당사에 알려주셔야 합니다.
- 당사 웹사이트(<https://www.humana.com/member/documents-and-forms>)에서 양식 사본을 다운로드하거나 고객지원팀으로 전화하여 양식을 요청하십시오.

청구서 또는 영수증과 함께 지불 요청서를 다음 주소로 보내주십시오.

의료 및 치과 서비스 지불 요청:

Humana
P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

파트 D 약품 지불 요청:

Humana
P.O. Box 14140
Lexington, KY 40512-4140

3절 지불 요청서를 검토해 승인 여부를 알려드립니다

3.1절 서비스 또는 의약품 보장 여부를 검토합니다

지불 요청 접수 시 가입자로부터 추가 정보가 필요하면 알려 드립니다. 그렇지 않으면 요청을 검토해 보장 결정을 내립니다.

- 의료 서비스 또는 의약품이 보장되며 가입자가 모든 규정을 준수했다고 당사가 판단하면, 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 서비스 또는 약비용을 이미 지불한 경우 환급금을 우편으로 발송합니다. 서비스 또는 약비용을 아직 지불하지 않은 경우 당사는 직접 제공자에게 지불액을 우편으로 발송합니다.
- 의료 서비스 또는 의약품이 보장되지 않거나 가입자가 모든 규정을 준수하지 않았다고 당사가 판단하면, 비용 분담금을 지불하지 않습니다. 지불액을 보내지 않는 이유와 그러한 결정에 이의를 제기할 수 있는 권리를 설명하는 서신을 발송합니다.

7장 보장 의료 서비스 또는 의약품 청구서에 대한 분담 요청**3.2절**

**당사가 의료 서비스 또는 약 비용을 지불하지 않을 것이라고 한 경우
귀하는 이의 제기를 할 수 있습니다**

당사가 지불 요청을 거부하면서 실수를 했거나 지불액이 잘못됐다고 생각하는 경우에는 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기란 지불 요청을 거부하면서 내린 당사의 결정을 변경하도록 가입자가 요청하는 것을 의미합니다. 이의 제기 절차는 상세한 절차 및 중요한 마감 시한을 포함하는 공식 절차입니다. 이의 제기를 하는 방법에 대한 자세한 내용은 이 문서의 9장을 참조하십시오.

8장 가입자의 권리와 의무

8장: **가입자의 권리와 의무**

8장 가입자의 권리와 의무**1절 당사의 플랜은 플랜 가입자인 귀하의 권리와 문화적 감수성을 존중해야 합니다****1.1절 당사는 가입자에게 적합하고 귀하의 문화적 감수성에 맞는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 큰 글자체 또는 기타 대체 형식 등)**

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상 서비스가 문화적으로 역량 있는 방식으로 제공되고, 영어 구사력이 제한적이거나, 읽기 능력이 제한적이거나, 청각 능력이 제한적이거나, 문화적 및 민족적 배경이 다양한 이들을 포함한 모든 가입자가 이용할 수 있도록 보장해야 합니다. 이러한 접근성 요구 사항을 충족하는 플랜의 예로는 번역기 서비스, 통역 서비스, 텔레타이프라이터 또는 TTY(문자 전화 또는 텔레타이프 전화) 연결 등이 있으나 이에 국한되지는 않습니다.

당사의 플랜은 비영어 사용 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 지원합니다. 아울러 점자, 큰 글자체 또는 기타 대체 형식으로 필요한 경우 무료로 정보를 제공합니다. 당사는 열람 가능하고 가입자에게 적합한 형식으로 플랜의 혜택 관련 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 받아보려면 고객지원팀에 문의하십시오.

당사의 플랜은 여성 가입자들에게 일상적인이고 예방적인 여성 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내에서 여성 건강 전문의와 직접 연락할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

플랜의 네트워크 내에서 전문 제공자를 이용할 수 없는 경우, 플랜은 네트워크 외에서 필요한 치료를 제공할 전문 제공자를 찾아야 합니다. 이 경우 가입자는 네트워크 내 비용 부담금만 지불합니다. 플랜 네트워크에 필요한 서비스를 제공하는 전문가가 없는 경우 네트워크 내 비용 부담금으로 이 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 정보를 플랜에 요청하십시오.

열람 가능하고 귀하에게 적합한 형식으로 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우, Humana 고충 및 이의 제기 부서(1-800-457-4708, TTY 711)로 고충을 제기하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 Medicare에 민원을 제기하거나 민권 담당국(1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697)에 직접 민원을 제기할 수도 있습니다.

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, telemáquinas de escribir o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de telemáquina).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo en caso de ser necesario. Se nos exige darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte de nosotros de una forma que se ajuste a sus necesidades, llame a Atención al cliente.

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para servicios de cuidado de la salud preventivos y de rutina para mujeres.

8장 가입자의 권리와 의무

Si no hay disponibles proveedores de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen el cuidado necesario. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la cual no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja formal ante el Departamento de quejas formales y apelaciones de Humana al 1-800-457-4708, TTY 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

1.2절 당사는 가입자가 보장 서비스 및 의약품에 적시에 이용할 수 있도록 해야 합니다

귀하는 보장 서비스를 제공하고 준비하는 플랜의 네트워크 소속 일차의료 제공자(PCP)를 선택할 수 있는 권리가 있습니다. 또한 가입자에게는 의뢰서 없이 여성 건강 전문의(부인과 전문의 등)에게 진료를 받을 권리가 있습니다.

가입자에게는 **합당한 시간 내에** 플랜의 제공자 네트워크로부터 진료 예약 및 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다. 여기에는 그러한 도움이 필요할 때 전문의로부터 적시에 서비스를 받을 수 있는 권리가 포함됩니다. 또한 가입자에게는 당사의 모든 네트워크 약국에서 장시간 지연 없이 처방약을 조제하거나 리필할 수 있는 권리가 있습니다.

만일 귀하가 적절한 시간 내에 의료 서비스나 파트 D 약품을 이용하지 못하고 있다고 생각한다면, 9장에서 귀하가 할 수 있는 일을 참고하십시오.

1.3절 당사는 가입자의 개인 건강 정보를 보호해야 합니다

연방 및 주 법률에 따라 가입자의 의료 기록 및 건강에 대한 개인정보가 보호됩니다. 당사는 이러한 법률의 규정 대로 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다.

- 개인 건강 정보에는 의료 기록, 이 플랜에 가입할 때 제공한 **개인 정보**, 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.
- 귀하는 귀하의 정보와 관련된 권리 및 귀하의 건강 정보가 사용되는 방식을 통제할 권리를 가지고 있습니다. 당사는 이러한 권리를 설명하고 가입자의 건강 관련 개인정보를 보호하는 방법을 설명하는 서면 통지인 **개인정보보호 정책 통지**를 제공합니다.

건강 정보를 어떻게 보호합니까?

- 권한이 없는 사람이 가입자의 기록을 조회하거나 변경하지 못하도록 합니다.
- 아래에 명시된 경우를 제외하고, 귀하에게 치료나 치료비를 제공하지 않는 사람에게 귀하의 건강 정보를 제공하려는 경우, **당사는 귀하 또는 귀하를 위해 먼저 결정을 내릴 수 있는 법적 권한이 있는 사람에게서 서면 허가를 받아야 합니다.**
- 가입자의 서면 허가를 먼저 받지 않아도 되는 예외가 몇 가지 있습니다. 이러한 예외는 법률이 허용하거나 규정합니다.

8장 가입자의 권리와 의무

- 의료의 질을 점검하는 정부 기관에 건강 정보를 공개해야 합니다.
- 가입자는 Medicare를 통한 당사 플랜의 가입자이므로 당사는 파트 D 처방약 관련 정보를 비롯한 가입자의 건강 정보를 Medicare에 제공해야 합니다. Medicare가 가입자의 정보를 연구 또는 기타 용도로 공개하는 경우, 이는 연방 법률 및 규정에 따라 수행됩니다. 일반적으로 귀하의 신원을 고유하게 식별하는 정보는 공유되지 않아야 합니다.

가입자는 가입자의 기록에 수록된 정보를 열람할 수 있으며 그러한 정보가 타인과 공유되는 방식을 확인할 수 있습니다

가입자에게는 플랜에 보관된 의료 기록을 열람하고 기록 사본을 제공받을 권리가 있습니다. 당사는 사본 작성 수수료를 청구할 수 있습니다. 아울러 가입자에게는 의료 기록을 추가 또는 수정하도록 당사에 요청할 권리가 있습니다. 이 작업을 요청 받으면 당사는 가입자의 의료 제공자와 협의하여 변경 여부를 결정합니다.

가입자에게는 가입자의 건강 정보가 일반적 목적이 아닌 다른 목적으로 다른 사람과 어떻게 공유되었는지 알 수 있는 권리가 있습니다.

개인 건강 정보의 개인정보보호에 관한 질문이나 우려 사항이 있는 경우 고객센터에 문의하십시오.

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.

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://humana.com/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, 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 가족에게 대한 정보를 수집합니다. 또한 당사는 당사, 당사의 계열사 또는 타 회사와 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, 사회보장번호, 보험료 지불 이력 및 당사 웹사이트상 가입자의 활동이 포함될 수 있습니다. 여기에는 의학적 혜택 플랜, 건강상의 혜택 및 건강 위험 평가에 관한 정보도 포함됩니다.

8장 가입자의 권리와 의무

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 사람을 제한
- 가입자 정보의 이용 및 공개 방법 제한
- 당사의 가입자 정보 관련 법적 의무를 가입자에게 알림
- 직원 대상의 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 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 스폰서. 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. 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.
- 미국 국세청 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, 감찰의 또는 장의사.

가입자 정보를 이 통지에 설명되지 않은 목적으로 사용할 수 있습니까?

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.

- 대부분의 심리치료 노트의 이용 및 공개

8장 가입자의 권리와 의무

- 마케팅 목적
- 보호된 건강 정보의 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 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 통신 - 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 논의 중인 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 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.

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

개인정보가 침해되었다고 판단되는 경우 어떻게 해야 합니까?

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

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

8장 가입자의 권리와 의무**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 전화(1-866-861-2762)
- 당사 웹사이트인 **Humana.com**을 방문하여 Privacy Practices(개인정보보호 정책) 링크로 이동
- 신청서를 작성하여 아래 주소로 보내기

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

1.4절**당사는 플랜, 플랜의 제공자 네트워크 및 가입자의 보장 서비스에 대한 정보를 가입자에게 제공해야 합니다**

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 가입자로서 귀하는 당사로부터 여러 가지 정보를 얻을 권리가 있습니다.

다음과 같은 종류의 정보가 필요한 경우 고객지원팀에 문의하십시오.

- **당사의 플랜 관련 정보.** 여기에는 예를 들면 플랜의 재정 상태에 관한 정보가 포함됩니다.
- **당사의 네트워크 제공자 및 약국 정보.** 가입자는 당사 네트워크 소속 제공자 및 약국의 자격 요건과 당사가 네트워크 소속 제공자에게 지불하는 방식 등에 대한 정보를 입수할 수 있는 권리가 있습니다.
- **보장 관련 정보 및 보장을 이용할 때 가입자가 따라야 하는 규칙 관련 정보.** 3장과 4장에서는 의료 서비스에 관한 정보를 제공합니다. 5장과 6장에서는 파트 D 처방약 보장에 대한 정보를 제공합니다.
- 당사는 건강 유지, 건강상의 위험에 대한 초기 지표 감지, 모든 수준의 진료에서 안전하고 효율적으로 진료 제공 보장, 만성 질환 관리 등에 초점을 맞추는 가입자를 위한 특별 프로그램을 운영하고 있습니다. 아울러 당사의 케이스 관리 프로그램은 질환이 복잡한 가입자 또는 입원한 사람들에게 지원 서비스를 제공합니다. Humana 간호사는 건강진료 시스템 탐색에 도움을 주고 진료 조율을 지원합니다. 다른 프로그램은 당뇨병, 울혈성 심부전, 만성 폐쇄성 폐질환(COPD), 기타 질병 등의 건강 상태를 관리하는데 도움을 줍니다. 이러한 모든 프로그램은 자발적으로 이루어집니다. 당사 가입자

8장 가입자의 권리와 의무

대부분이 이러한 프로그램이 매우 유용하다는 의견을 주고 계신 만큼 귀하가 이러한 특별 프로그램에 참여할 수 있는 자격이 있어 당사의 연락을 받으신다면 프로그램에 참여하실 것을 권장합니다. Care Manager(의료 관리자)에게 알려주기만 하면 언제든지 참여를 중단할 수 있습니다. 이러한 특별 건강 프로그램에 관해 자세히 알고 싶다면 간호 상담 라인팀(1-800-491-4164, TTY 711)으로 문의하십시오.

- **특정 품목이 보장되지 않는 이유와 그 문제에 대해 가입자가 취할 수 있는 조치 관련 정보.** 9장은 의료 서비스 또는 파트 D 약품이 보장되지 않는 이유 또는 귀하의 보장이 제한된 경우에 대한 서면 설명을 요청하는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 또한 9장에서는 이의 제기라고도 불리는, 결정을 변경하도록 요청하는 것에 대한 정보를 제공합니다.

1.5절 당사는 자신의 진료에 대해 결정을 내릴 수 있는 가입자의 권리를 지지합니다

귀하는 치료 옵션을 알고 의료 관련 의사 결정에 참여할 권리가 있습니다

귀하는 의사 및 다른 의료 제공자로부터 모든 정보를 얻을 권리가 있습니다. 제공자는 의학적 질환 및 선택 가능한 치료 방법을 *가입자가 이해할 수 있도록* 설명해야 합니다.

또한 귀하는 건강 관리에 대한 의사 결정에 완전히 참여할 수 있는 권리가 있습니다. 귀하에게 가장 적합한 치료법에 대한 의사의 결정을 돕기 위해 귀하의 권리에는 다음이 포함됩니다.

- **모든 선택 사항에 대해 알고 있어야 합니다.** 어떤 비용이 들든, 플랜이 적용되든 상관없이 귀하의 조건에 권장되는 모든 치료 옵션에 대해 귀하가 알 권리가 있습니다. 또한 가입자가 자신의 약물을 관리하고 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 하는 플랜에 대해 알려 주는 것도 포함됩니다.
- **위험을 알아야 합니다.** 귀하는 자신의 진료와 관련된 모든 위험에 대해 들을 권리가 있습니다. 제안된 의료나 치료가 연구 실험의 일부인 경우 미리 안내 받아야 합니다. 실험적 치료를 거부할 수 있는 옵션이 항상 있습니다.
- **거부할 권리.** 귀하는 제안된 치료를 거부할 권리가 있습니다. 여기에는 의사가 퇴원하지 말라고 권고하더라도 병원 또는 기타 의료 시설을 떠날 수 있는 권리가 포함됩니다. 또한 의약품 복용을 중단할 권리가 있습니다. 물론 치료를 거부하거나 약물 복용을 중지하는 경우 결과적으로 신체에 일어나는 일에 대해 전적으로 책임을 집니다.

귀하는 자신을 위한 의학적 결정을 내릴 수 없는 경우 수행되어야 할 조치에 대한 지침을 제공할 권리가 있습니다

때때로 사람들은 사고나 심각한 질병으로 인해 스스로 건강 관리를 결정할 수 없게 됩니다. 귀하가 이러한 상황에 처한 경우 무엇을 하고 싶은지 말할 권리가 있습니다. 즉, *원할 경우* 다음을 수행할 수 있습니다.

- 본인이 결정을 내릴 수 없는 경우 **다른 사람에게 의료 결정을 내릴 수 있는 법적 권한**을 부여하기 위해 서면 양식을 작성하십시오.
- 본인 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우 **의사에게 의료 서비스를 어떻게 처리할지 서면으로 안내할 수 있습니다.**

이러한 상황에서 사전에 지침을 제공하는 데 사용할 수 있는 법률 문서를 **사전의료지시서**라고 합니다. 다양한 유형의 사전의료지시서와 각 지침의 이름이 있습니다. **생존 유서** 및 **보건 의료 위임장**이라는 문서는 사전의료지시서의 예입니다.

사전의료지시서를 사용하여 지침을 제공하려는 경우 다음 작업을 수행하십시오.

8장 가입자의 권리와 의무

- **양식을 준비합니다.** 변호사, 사회복지사 또는 일부 사무용품 매장에서 사전의료지시서를 받을 수 있습니다. 경우에 따라 Medicare에 대한 정보를 제공하는 조직으로부터 사전의료지시서 양식을 받을 수 있습니다. 고객지원팀에 문의하여 양식을 요청할 수도 있습니다.
- **이를 작성하여 서명합니다.** 이 양식을 어디서 얻든 간에 해당 양식은 법률 문서임을 명심하십시오. 변호사의 도움을 받아 준비하는 것을 고려해야 합니다.
- **적절한 사람에게 사본을 제공합니다.** 자신이 의사 결정을 내릴 수 없는 경우 대신 의사 결정을 내릴 의사 및 양식에 이름을 기입한 사람에게 양식 사본을 제공합니다. 친한 친구 또는 가족 구성원에게도 사본을 제공할 수 있습니다. 집에 1부를 보관하십시오.

귀하가 입원할 예정임을 미리 알고 있고 사전의료지시서에 서명한 경우 **병원에 사본을 가지고 가십시오.**

- 병원에서는 사전의료지시서 양식에 서명했는지 여부와 귀하가 이 양식을 가지고 있는지 여부를 묻게 됩니다.
- 사전의료지시서 양식에 서명하지 않은 경우 병원의 양식을 사용할 수 있으며 서명할지 여부를 묻게 됩니다.

사전의료지시서를 작성할지 여부는 본인의 선택입니다(병원에 있는 경우 서명할지 여부 포함). 법률에 따르면, 사전의료지시서에 서명했는지 여부에 따라 누구도 귀하에 대한 진료를 거부하거나 차별할 수 없습니다.

지침대로 진행되지 않을 경우 어떻게 해야 할까요?

사전의료지시서에 서명했으며 의사 또는 병원이 지침을 따르지 않았다고 판단되는 경우 해당 주의 품질 개선 기관(QIO)에 민원을 제기할 수 있습니다. 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인하실 수 있습니다.

1.6절	귀하는 불만을 제기하고 당사가 내린 결정을 재고하도록 요청할 권리가 있습니다
-------------	---

Humana에서는 이용도 관리 서비스(UM)라는 절차를 사용하여 서비스 또는 치료가 귀하의 혜택 플랜에 따라 보장되고 지불될 수 있는지 여부를 결정합니다. Humana는 보장을 거부하거나 서비스 이용을 장려한 의사, 기타 개인 또는 Humana 직원에게 금전적 보상을 제공하거나 인센티브를 제공하지 않습니다. 실제로 Humana는 의사 및 다른 의료 제공자와 협력하여 귀하의 의료 상태에 가장 적합한 치료를 받을 수 있도록 지원합니다. 이용도 관리 서비스와 관련하여 질문이나 우려 사항이 있는 경우, 직원들은 정규업무시간 중 적어도 하루 8시간 이상 대기합니다. Humana는 영어를 사용하지 않는 가입자로부터 이용도 관리 서비스와 관련된 질문에 답변할 수 있는 무료 통역서비스를 제공합니다. 가입자는 1-800-457-4708(TTY:711)로 문의할 수 있습니다.

Humana는 지속적으로 새로운 의료 절차와 의료 기기에 대한 보장을 결정합니다. 이는 업계 평가된 의학 문헌을 확인하고 의료 전문가와 상의하여 새로운 기술이 효과적이고 안전한지 확인하는 방식으로 수행됩니다. 또한 Humana는 새로운 의료 절차나 의료 기기에 대한 국가별 보장 결정을 내리는 Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS)의 지침을 따릅니다.

문제, 우려 또는 불만 사항이 있어 보장을 요청하거나 이의 제기를 해야 하는 경우, 이 문서의 9장에서 귀하가 할 수 있는 일을 설명합니다. 귀하가 보장 결정을 요청하거나, 이의를 제기하거나, 불만을 제기하는 등 무엇을 진행하든 **당사는 귀하를 공정하게 대우해야 합니다.**

8장 가입자의 권리와 의무**1.7절 불공정한 처우를 받고 있거나 권리가 존중되고 있지 않다고 판단되는 경우 취할 수 있는 조치****차별에 관한 것이라면 민권 담당국(Office for Civil Rights)으로 전화하십시오**

귀하가 인종, 장애, 종교, 성별, 건강, 민족, 신조(신념), 연령, 성 지향성 또는 출신 국가로 인해 부당한 대우를 받았거나 귀하의 권리가 존중되지 않은 것으로 판단되는 경우, 보건복지부 **민권 담당국** (1-800-368-1019 또는 TTY: 1-800-537-7697)에 전화하거나 지역 민권 담당국에 연락하십시오.

다른 것과 관련된 문제입니까?

귀하가 부당한 대우를 받았거나 귀하의 권리가 존중되지 않았고 차별을 받은 것이 *아니라고* 생각되는 경우, 다음을 통해 귀하가 겪고 있는 문제를 해결하는 데 도움을 받을 수 있습니다.

- **고객지원팀에 전화**할 수 있습니다.
- **SHIP에 전화**할 수 있습니다. 자세한 내용은 2장 3절을 참조하십시오.
- 또는 연중무휴 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 **Medicare에 문의할 수 있습니다**. TTY는 1-877-486-2048로 문의하십시오.

1.8절 자신의 권리에 대한 자세한 정보를 얻는 방법

귀하의 권리에 대한 자세한 정보를 얻을 수 있는 곳은 다음과 같습니다.

- **고객지원팀에 전화**할 수 있습니다.
- **SHIP에 전화**할 수 있습니다. 자세한 내용은 2장 3절을 참조하십시오.
- **Medicare에 문의**할 수 있습니다.
 - Medicare 웹사이트를 방문하여 *Medicare 권리 및 보호* 간행물을 읽거나 다운로드할 수 있습니다 (간행물 링크: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - 또는 연중무휴 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY 1-877-486-2048)로 연락하십시오.

2절 귀하는 플랜 가입자로서의 책임이 있습니다

플랜 가입자로서 해야 할 일은 아래와 같습니다. 문의 사항이 있는 경우 고객지원팀에 문의하십시오.

- **보장 서비스 및 해당 보장 서비스를 받기 위해 따라야 하는 규칙을 숙지하십시오.** 이 보장 범위 증명서를 사용하여 귀하에게 적용되는 보장 및 보장 서비스를 받기 위해 따라야 할 규칙을 알아보십시오.
 - 3장과 4장에서는 의료 서비스에 대한 세부 정보를 제공합니다.
 - 5장 및 6장에서는 파트 D 처방약 보장의 세부 정보를 제공합니다.
- **당사의 플랜 외에 다른 건강 보험 보장 또는 처방약 보장이 있는 경우 당사에 알려야 합니다.** 1장에서는 이러한 혜택을 조정하는 방법에 대해 설명합니다.

8장 가입자의 권리와 의무

- **의사 및 다른 의료 제공자에게 당사의 플랜에 가입했다는 사실을 알려주십시오.**
의료 서비스 또는 파트 D 처방약을 받을 때마다 플랜 멤버십 카드와 Apple Health(Medicaid) 카드를 보여주십시오.
- **의사 및 다른 서비스 제공자가 정보를 제공하고 질문을 하며 귀하의 관리를 통해 후속 작업을 수행할 수 있도록 도와주십시오.**
 - 최상의 진료를 위해 의사와 기타 의료 제공자에게 건강 문제에 대해 알려주십시오. 귀하와 귀하의 의사가 동의한 치료 계획 및 지침을 따르십시오.
 - 일반의약품, 비타민 및 보충제를 포함하여 복용하고 있는 모든 약물을 의사가 알고 있는지 확인하십시오.
 - 질문이 있으면 반드시 질문하고 이해할 수 있는 답변을 얻으십시오.
- **사려 깊게 행동하십시오.** 당사는 모든 가입자가 다른 환자의 권리를 존중할 것으로 기대합니다. 또한 귀하가 의원, 병원 및 기타 기관의 원활한 운영을 지원하는 방향으로 행동하기를 기대합니다.
- **결제해야 할 금액을 지불하십시오.** 플랜 가입자는 다음과 같은 결제에 대해 책임을 집니다.
 - 플랜보험료를 반드시 지불해야 합니다.
 - 플랜 가입 상태를 유지하려면 Medicare 보험료를 계속 지불해야 합니다.
 - 플랜에서 대부분의 의약품을 보장하기 때문에 귀하는 의약품을 구매할 때 귀하의 비용 부담금을 지불해야 합니다.
 - 높은 소득(지난 소득 신고서에 신고된 바와 같이)으로 인해 파트 D에 대한 추가 금액을 지급해야 하는 경우, 귀하는 추가 금액을 계속 정부에 직접 지급해야 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 있습니다.
- 가입자 기록을 최신으로 유지하고 가입자에게 연락할 방법 알 수 있도록 **당사 플랜 서비스 지역 내에 서 이사하는 경우, 당사에 알려야 합니다.**
- **플랜 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우, 플랜 가입자 자격을 유지할 수 없습니다.**
- 이 경우 사회보장국(또는 철도 퇴직 위원회)에도 알려야 합니다.

9장:

문제가 발생하거나 불만 사항 (보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**1절 서문****1.1절 문제가 있거나 우려 사항이 있는 경우 어떻게 해야 하나요?**

이 장에서는 문제 및 우려 사항을 처리하기 위한 절차에 대해 설명합니다. 문제를 처리하는 데 사용하는 절차는 다음 두 가지 사항에 따라 달라집니다.

1. **Medicare** 또는 **Medicaid**에서 제공하는 혜택에 대한 문제인지 여부 Medicare 절차를 사용할지, Medicaid 절차를 사용할지 또는 둘 다 사용할지 여부를 결정하는 데 도움이 필요한 경우 고객지원팀에 문의하십시오.
2. 현재 겪고 있는 문제의 유형
 - 일부 문제의 경우 **보장 결정 및 이의 제기를 위한 절차**를 사용해야 합니다.
 - 다른 유형의 문제의 경우 고충이라고도 하는 **불만 제기 절차**를 사용해야 합니다.

해당 절차 모두 Medicare의 승인을 받았습니다. 각 절차에는 당사 및 귀하가 따라야 하는 규칙, 절차 및 마감일이 있습니다.

3절의 가이드는 사용할 올바른 절차와 귀하가 해야 하는 일을 식별하는 데 도움이 됩니다.

1.2절 법률 용어는 어떻게 됩니까?

이 장에서 설명하는 규칙, 절차 및 마감일 유형에 대한 법률 용어가 있습니다. 이러한 용어 중 대부분은 대부분의 사람들에게 친숙하지 않고 이해하기 어려울 수 있습니다. 이 장에서는 편의를 위해 다음과 같이 합니다.

- 특정 법률 용어 대신 간단한 단어를 사용합니다. 예를 들어, 이 장에서는 일반적으로 고충 제기보다는 불만 제기, 기관 판단, 보장 판단 또는 위험 판단보다는 보장 결정, 독립 검토 주체보다는 독립 검토 기관이라고 표현합니다.
- 또한 약어를 최대한 적게 사용합니다.

그러나 올바른 법률 용어를 아는 것이 도움이 될 수 있으며, 때로는 매우 중요한 경우도 있습니다. 사용하는 용어를 파악하면 상황에 맞는 도움이나 정보를 얻기 위해 보다 정확하게 소통하는 데 도움이 됩니다. 어떤 용어를 사용할 것인지 알 수 있도록 특정 유형의 상황을 처리하는 데 필요한 세부 정보를 제공할 때 법률 용어가 포함됩니다.

2절 추가 정보 및 맞춤형 지원을 받을 수 있는 위치

언제든지 도와드리겠습니다. 귀하가 당사의 대우에 불만을 가지고 있더라도, 당사는 귀하의 불만을 제기할 권리를 존중할 의무가 있습니다. 그러므로 귀하는 항상 고객지원팀에 지원을 요청해야 합니다. 그러나 어떤 경우에는 당사와 연결되지 않은 사람의 도움이나 안내를 받을 수도 있습니다. 다음은 도움을 줄 수 있는 두 기관입니다.

State Health Insurance Assistance Program(SHIP)

각 주에는 교육을 받은 상담사가 있는 정부 프로그램이 있습니다. 이 프로그램은 당사 또는 어떠한 보험 회사나 건강 플랜과도 연관되어 있지 않습니다. 이 프로그램의 상담사는 귀하가 겪고 있는 문제를

처리하기 위해 어떤 과정을 사용해야 하는지 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 또한, 귀하의 질문에 답하고, 더 많은 정보를 제공하며, 필요한 조치를 안내해줄 수 있습니다.

SHIP 상담사의 서비스는 무료입니다. 이 문서의 끝에 있는 자료 A에서 전화번호를 찾을 수 있습니다.

Medicare

Medicare에 문의하여 도움을 받을 수도 있습니다. Medicare에 문의하려면 다음과 같이 하십시오.

- 연중무휴 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오.
- Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문할 수도 있습니다.

Apple Health(Medicaid)에서 도움 및 정보를 얻을 수 있습니다

Apple Health(Medicaid)의 연락처 정보는 이 책자의 마지막 부분에 수록된 자료 A에서 확인할 수 있습니다.

3절 문제를 해결하기 위해 어떤 절차를 사용해야 합니까?

Medicare를 보유하고 있으며 Apple Health(Medicaid)의 지원을 받기 때문에 문제나 불만을 처리하는 데 사용할 수 있는 절차가 다릅니다. 문제가 Medicare 혜택 또는 Apple Health(Medicaid) 혜택에 대한 것인지에 따라 어떤 절차를 사용해야 하는지 결정됩니다. Medicare가 보장하는 혜택에 대한 문제인 경우 Medicare 절차를 사용해야 합니다. Apple Health(Medicaid)가 보장하는 혜택에 대한 문제인 경우 Medicaid 절차를 사용해야 합니다. Medicare 절차를 사용할지, Medicaid 절차를 사용할지 여부를 결정하는 데 도움이 필요한 경우 고객지원팀에 문의하십시오.

Medicare 절차 및 Medicaid 절차는 이 장의 여러 부분에 설명되어 있습니다. 어느 부분을 확인해야 하는지 알아보려면 아래 차트를 참조하십시오.

귀하의 문제가 Medicare 혜택 또는 Medicaid 혜택에 대한 것입니까?	
Medicare 절차를 사용할지, Medicaid 절차를 사용할지 여부를 결정하는 데 도움이 필요한 경우 고객지원 팀에 문의하십시오.	
제 문제는 Medicare 혜택에 관한 것입니다.	제 문제는 Medicaid 보장에 관한 것입니다.
이 장의 다음 절인 4절 Medicare 혜택에 대한 문제 처리 로 이동합니다.	이 장의 12절로 넘어가 Medicaid 혜택에 대한 문제 처리 를 참조하십시오.

Medicare 혜택에 대한 문제**4절 Medicare 혜택에 대한 문제 처리****4.1절 보장 결정 및 이의 제기를 위한 절차를 사용해야 합니까? 아니면 불만 제기 절차를 사용해야 합니까?**

문제나 우려 사항이 있는 경우 이 장에 해당하는 부분만 읽으시면 됩니다. 아래 차트는 이 장에서 **Medicare** 에서 보장하는 혜택에 대한 문제 또는 불만 사항에 맞는 절을 찾는 데 도움이 됩니다.

이 장의 어느 부분이 Medicare 혜택에 대한 문제나 우려 사항에 도움이 되는지 알아보려면 다음 차트를 사용하십시오.

귀하의 혜택 또는 보장 범위에 대한 문제나 우려 사항이 있습니까?

의료 서비스(의료품, 서비스 및/또는 파트 B 처방약)에 대한 보장 여부, 보장 방법, 의료 서비스의 지불과 관련된 문제 등이 포함됩니다.

예.

이 장의 다음 절인 **5절 보장 결정 및 이의 제기의 기본 사항에 대한 안내**로 이동하십시오.

아니요.

이 장의 마지막 부분으로 넘어가 **11절: 의료의 질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 관한 불만 제기 방법**을 참조하십시오.

5절 보장 결정 및 이의 제기의 기본 사항에 대한 안내**5.1절 보장 결정 및 이의 제기 요청: 개요**

보장 결정 및 이의 제기는 의료 서비스(서비스, 의료품 및 파트 B 처방약(지불 포함))에 대한 혜택 및 보장과 관련된 문제를 다룹니다. 간단히 말하자면, 일반적으로 의료품, 서비스 및 Medicare 파트 B 처방약은 **의료 서비스**를 의미합니다. 보장 결정 및 문제에 대한 이의 제기 절차는 보장 내용과 보장 방식 등의 문제에 사용됩니다.

혜택을 받기 전에 보장 결정 요청

보장 결정은 가입자의 혜택 및 보장 또는 가입자의 의료 서비스에 대해 당사가 지불하는 금액에 대해 당사가 내리는 결정입니다. 예를 들어, 플랜 네트워크 의사가 귀하를 네트워크 외의 전문의에게 위탁하는 경우, 네트워크 의사가 이 전문의에 대한 표준 거부 통지를 받은 것을 보여줄 수 있지 않는 한 또는 위탁된 서비스가 어떠한 조건에서도 절대 보장되지 않음이 보장 범위 증명서에 명백하지 않는 한 이 의뢰서는 유리한 보장 결정으로 간주됩니다. 귀하 또는 귀하의 의사는 또한 당사에 연락하여 귀하에게 필요한 특정 의료 서비스를 당사에서 보장하는지 또는 거부하는지 여부에 대해 확인할 수 없는 경우 이에 대한 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 다시 말해, 귀하가 서비스를 받기 전에 당사가 의료 서비스에 대해 보장하는지 여부를 알고 싶다면 귀하에게 보장 결정을 내리도록 요청할 수 있습니다. 제한된 상황에서는 보장 결정 요청이 기각됩니다. 즉, 요청을 검토하지 않습니다. 요청이 완료되지 않은 경우, 법적 권한이 없는 자가 귀하를 대신하여 요청하는 경우 또는 귀하가 요청을 철회하도록 요청하는 경우를 예로 들 수 있습니다. 보장 결정 요청을 기각하는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각 검토 요청 방법을 안내하는 공지가 발송됩니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

당사는 귀하에게 적용되는 보장 대상 및 지불 금액을 결정할 때마다 귀하에 대한 보장을 결정합니다. 경우에 따라 당사는 의료 서비스가 보장되지 않거나 귀하에게 더 이상 Medicare가 적용되지 않는 것으로 판단할 수 있습니다. 이 보장 결정에 동의하지 않으면 이의를 제기할 수 있습니다.

이의 제기

혜택을 받기 전후에 당사가 보장 결정을 내리고 귀하가 이 결정에 만족하지 않는 경우, 귀하는 결정에 대해 **이의 제기**할 수 있습니다. 이의 제기는 당사가 내린 보장 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다. 나중에 설명할 특정 상황에서는 보장 결정에 대한 긴급 또는 **신속 이의 제기**를 요청할 수 있습니다. 귀하의 이의 제기는 원래 결정을 내렸던 검토자와는 다른 검토자가 처리합니다.

결정에 대해 처음으로 이의를 제기할 때 이를 레벨 1 이의 제기라고 합니다. 이 이의 제기에서 당사는 규칙을 제대로 따르고 있는지 확인하기 위해 수행한 보장 결정을 검토합니다. 검토가 완료되면 가입자에게 결정 내용을 전달합니다.

제한된 상황에서는 레벨 1 이의 제기에 대한 요청이 기각됩니다. 즉, 요청을 검토하지 않습니다. 요청이 완료되지 않은 경우, 법적 권한이 없는 자가 귀하를 대신하여 요청하는 경우 또는 귀하가 요청을 철회하도록 요청하는 경우를 예로 들 수 있습니다. 레벨 1 이의 제기에 대한 요청을 기각하는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각 검토 요청 방법을 안내하는 공지가 발송됩니다.

당사가 의료 서비스에 대한 귀하의 레벨 1 이의 제기 전부 또는 일부에 대해 인정하지 않는 경우, 귀하의 이의 제기는 자동으로 당사와 연결되지 않은 독립 검토 기관이 수행하는 레벨 2 이의 제기로 넘어갑니다.

- 귀하는 레벨 2 이의 제기를 시작하기 위해 아무것도 할 필요가 없습니다. Medicare 규칙은 레벨 1 이의 제기에 전적으로 동의하지 않을 경우 의료 서비스에 대한 귀하의 이의 제기를 자동으로 레벨 2로 보내도록 합니다.
- 레벨 2 이의 제기에 관한 자세한 정보는 이 장의 **6.4절**을 참조하십시오.
- 파트 D 약품 이의 신청의 경우, 당사가 귀하의 이의 제기 전부 또는 일부에 대해 인정하지 않는 경우, 레벨 2 이의 제기를 요청해야 합니다. 파트 D 이의 제기는 이 장의 7절에서 추가로 설명합니다.

레벨 2 이의 제기에 대한 결정에 만족하지 못할 경우 추가 이의 제기 단계를 계속 진행할 수 있습니다(이 장의 10절에서는 레벨 3, 4, 5 이의 제기 절차에 대해 자세히 설명합니다).

5.2절 보장 결정을 요구하거나 이의 제기를 할 때 도움을 받는 방법

다음은 모든 종류의 보장 결정을 요청하거나 결정에 이의를 제기하고자 하는 경우에 사용할 수 있는 리소스입니다.

- **고객지원팀에 문의**할 수 있습니다.
- 주 건강 보험 지원 프로그램에서 **무료로 도움을 받을 수 있습니다.**
- **담당자가 귀하를 위해 요청할 수 있습니다.** 귀하의 의사가 레벨 2 이상의 이의 제기를 돕는 경우, 귀하의 대리인으로 지정되어야 합니다. 고객지원팀에 전화하여 **대리인 선임** 양식을 요청하십시오(이 양식은 Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf에서도 확인할 수 있습니다).

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

- 의료서비스의 경우, 담당의는 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 레벨 1 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 레벨 1에서 이의 제기가 거부되면 자동으로 레벨 2로 전달됩니다.
- 파트 D 처방약의 경우, 의사 또는 기타 처방자가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 레벨 1 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 레벨 1 이의 제기가 거부되면 담당의나 처방자는 레벨 2 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- **다른 사람에게 자신을 대신하여 행동하도록 요청할 수 있습니다.** 원하는 경우 다른 사람을 **대리인**으로 지정하여 보장 결정을 요청하거나 이의를 제기할 수 있습니다.
 - 친구, 친척 또는 다른 사람을 대리인으로 지정하려면 고객센터로 전화하여 **대리인 임명 양식**을 요청하십시오(이 양식은 Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf에서도 확인할 수 있습니다). 이 양식은 특정인에게 본인을 대리할 수 있는 권한을 부여합니다. 이 양식에는 본인과 본인의 대리인으로 지정하고자 하는 특정인이 서명해야 합니다. 서명된 양식 1부를 당사에 제공해야 합니다.
 - 양식 없이 이의 제기 요청을 수락할 수 있지만, 신청서를 받기 전까지는 검토를 시작하거나 완료할 수 없습니다. 이의 제기 요청을 받은 후 역일 기준 44일 이내(이의 제기 결정 기한)에 양식을 받지 못하는 경우, 이의 제기 요청은 기각됩니다. 이러한 상황이 발생하면 독립 검토기관에 이의 제기 기각 결정을 검토하도록 요청할 수 있는 귀하의 권리를 설명하는 서면 통지를 보내드립니다.
- **또한 귀하는 변호사를 고용할 권리가 있습니다.** 자신의 변호사에게 연락하거나 현지 변호사 협회 또는 기타 의뢰서 서비스에서 변호사의 이름을 얻을 수 있습니다. 귀하가 자격을 갖춘 경우 무료 법률 서비스를 제공하는 그룹도 있습니다. 그러나 어떤 종류의 보장 결정이나 결정에 이의를 제기하기 위하여 **변호사를 고용할 필요는 없습니다.**

5.3절**이 장의 어떤 절에서 귀하의 상황에 대한 세부 정보를 제공합니까?**

보장 결정 및 이의 제기와 관련된 네 가지 상황이 있습니다. 각 상황마다 규칙과 마감일이 다르기 때문에 별도의 절에서 각 상황에 대한 세부 정보를 제공합니다.

- 이 장의 **6절**: 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하는 방법
- 이 장의 **7절**: 파트 D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하는 방법
- 이 장의 **8절**: 의사가 너무 빨리 퇴원하라고 한다고 생각될 경우 더 긴 입원환자의 병원 입원 기간에 대한 보장을 요청하는 방법
- 이 장의 **9절**: 귀하의 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각되는 경우 당사에 특정 의료 서비스에 대해 계속 보장을 요청하는 방법(가정방문치료, 전문요양시설 케어 및 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스에만 적용)

어떤 절을 사용해야 할지 잘 모르는 경우 고객센터에 문의하십시오. 또한 주 건강 보험 지원 프로그램과 같은 정부 기관으로부터 도움이나 정보를 얻을 수도 있습니다.

6절

의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하는 방법

6.1절

이 절에서는 의료 서비스를 보장받는 데 문제가 있는 경우 또는 당사에 의료 서비스에 대한 환급을 원하는 경우 어떻게 해야 하는지를 설명합니다

이 절은 의료 서비스에 대한 혜택을 다룹니다. 이러한 혜택은 이 문서의 4장 **의료 혜택 차트(보장 내용)**에 설명되어 있습니다. 경우에 따라 파트 B 처방약에 대한 요청에는 다른 규칙이 적용됩니다. 이러한 경우, 파트 B 처방약에 대한 규칙이 의료품 및 서비스 규정과 어떻게 다른지 설명할 것입니다.

이 절에서는 다음 5가지 상황 중 하나에 해당하는 경우에 수행할 수 있는 작업을 설명합니다.

1. 원하는 특정 의료 서비스를 받지 못하고 있으며, 해당 의료가 당사 플랜에 의해 보장된다고 생각하는 경우. **보장 결정을 요청합니다. 6.2절**
2. 당사의 플랜이 귀하의 의사 또는 다른 의료 제공자가 귀하에게 제공하기를 원하는 의료 서비스를 승인하지 않으며, 귀하는 해당 의료가 플랜에 의해 보장된다고 생각하는 경우. **보장 결정을 요청합니다. 6.2절**
3. 귀하는 플랜에 따라 보장되어야 한다고 생각하는 의료 서비스를 받았지만, 당사가 해당 의료에 대한 비용을 지불하지 않을 것이라고 말한 경우. **이의를 제기합니다. 6.3절**
4. 귀하는 플랜에 따라 보장되어야 한다고 생각되는 의료 서비스를 받고 비용을 지불했으며, 귀하가 이 의료 서비스에 대해 보상해 달라고 당사 플랜에 요청을 원하는 경우. **당사에 청구서를 보냅니다. 6.5절**
5. 귀하는 이전에 승인된 특정 의료 서비스 보장이 축소 또는 중지될 것이라고 들었으며, 해당 치료를 줄이거나 중단하면 자신의 건강에 해를 끼칠 수 있다고 믿는 경우. **이의를 제기합니다. 6.3절**
- **참고:** 병원 치료, 가정방문치료, 전문요양시설 케어 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스에 대한 보장이 중단될 경우 이 장의 7절과 8절을 읽어야 합니다. 이러한 유형의 치료에는 특별한 규칙이 적용됩니다.

6.2절

단계별 설명: 보장 결정을 요청하는 방법

법률 용어
보장 결정이 귀하의 의료 서비스와 관련된 경우 이를 기관 판단 이라고 합니다.
신속한 보장 결정을 신속 판단 이라고 합니다.

1단계: 표준 보장 결정 또는 신속 보장 결정이 필요한지 여부를 결정합니다.

표준 보장 결정은 일반적으로 14일 이내 또는 파트 B 약의 경우 72시간 이내에 이루어집니다. 신속한 보장 결정은 일반적으로 의료 서비스의 경우 72시간 이내, 파트 B 약의 경우 24시간 이내에 이루어집니다. 신속한 보장 결정을 위해서는 다음 두 가지 요구 사항을 충족해야 합니다.

- 의료품 및/또는 서비스(이미 받은 의료품 및/또는 서비스에 대한 지불 관련 요청은 아님)에 대한 **보장만** 요청할 수 있습니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

- 표준 기한을 지키면 건강에 심각한 영향을 미칠 수 있거나 업무 수행 능력을 해칠 수 있는 경우에만 신속 보장 결정을 이용할 수 있습니다.
- 의사가 귀하의 건강이 신속 보장 결정을 필요로 한다고 말한다면, 당사는 신속 보장 결정을 내리는 데 자동으로 동의합니다.
- 의사 지원 없이 스스로 신속 보장 결정을 요청할 경우, 당사는 귀하의 건강 상태가 신속 보장 결정이 필요한 상태인지를 검토하여 적용 여부를 결정할 것입니다. 당사가 신속 보장 결정을 승인하지 않을 경우 다음과 같은 내용의 서신을 보내드립니다.
 - 당사가 표준 기한을 사용할 것임을 설명합니다.
 - 귀하의 의사가 신속한 보장 결정을 요청하면 당사가 자동으로 신속한 보장 결정을 내릴 것이라고 설명합니다.
 - 귀하가 요청한 신속한 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 내리기로 한 결정에 대해 신속 불만을 어떻게 제기할 수 있음을 설명합니다.

2단계: 보장 결정 또는 신속한 보장 결정을 플랜에 요청합니다.

- 먼저 당사의 플랜에 전화, 서면 또는 팩스 전송을 통해 원하는 의료 서비스를 승인 또는 제공하라는 요청을 할 수 있습니다. 귀하, 귀하의 의사 또는 귀하의 대리인이 이 작업을 수행할 수 있습니다. 2장에 연락처 정보가 있습니다.

3단계: 당사는 귀하의 의료 서비스 보장 요청을 고려하여 귀하에게 답변을 제공합니다.**표준 보장 결정을 위해 당사는 표준 기한을 사용합니다.**

이는 당사가 의료품이나 서비스에 대한 요청을 받은 후 **역일 기준 14일 이내에 답변을 제공함**을 의미합니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우, 당사는 귀하의 요청을 받은 후 **72시간 이내에** 답변해 드립니다.

- 그러나** 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나, 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보가 필요하고 귀하의 요청이 의료품 또는 서비스에 대한 요청일 경우 **역일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 추가 일수가 소요되면 서면으로 알려드립니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약인 경우 결정을 내리기 위해 추가 시간을 할애할 수 없습니다.
- 추가 일수를 더 소요하지 **않아야** 한다고 생각하는 경우, 귀하는 신속 불만을 제기할 수 있습니다. 결정을 내리는 즉시 귀하의 불만에 대한 답변을 드리겠습니다(불만을 제기하는 절차는 보장 결정 및 이의 제기 절차와 다릅니다. 불만에 대한 자세한 정보는 이 장의 11절을 참조하십시오).

신속 보장 결정이 시행되는 경우 보다 빠른 시간 내에 결정이 이루어집니다.

신속 보장 결정은 귀하의 요청이 의료품 또는 의료 서비스에 대한 요청인 경우 **72시간 이내에** 답변을 드립니다. 또한 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우에는 **24시간 이내에** 답변해 드립니다.

- 그러나** 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 더 많은 정보가 필요한 경우 **최대 14일이 더 소요될 수 있습니다.** 추가 일수가 소요되면 서면으로 알려드립니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약인 경우 결정을 내리기 위해 추가 시간을 할애할 수 없습니다.
- 추가 일수를 더 소요하지 **않아야** 한다고 생각하는 경우, 귀하는 신속 불만을 제기할 수 있습니다(불만 제기에 대한 자세한 정보는 이 장의 11절을 참조하십시오). 결정을 내리는 즉시 연락 드리겠습니다.

- 당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우, 당사의 결정 근거에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.
- 4단계:** 당사가 귀하의 의료 서비스 보장 요청을 수락하지 않는 경우 귀하는 이의 제기할 수 있습니다.
- 당사에서 인정하지 않는 경우, 귀하는 이의를 제기하여 당사가 이러한 결정에 대해 다시 고려하도록 요청할 권리가 있습니다. 즉, 원하는 의료 서비스 보장을 받기 위해 다시 요청할 수 있습니다. 이의를 제기하는 경우 이의 제기 절차의 레벨 1을 진행함을 의미합니다.

6.3절	단계별 설명: 레벨 1 이의를 제기하는 방법
법률 용어	
의료 서비스 보장 결정에 대한 플랜에 대한 이의를 제기를 재심사 라고 합니다.	
신속 이의 제기는 신속한 재심사 라고도 합니다.	

- 1단계:** 표준 이의 제기 또는 신속 이의 제기가 필요한지 여부를 결정합니다.
- 표준 이의 제기**는 일반적으로 30일 이내 또는 파트 B 약의 경우 7일 이내에 이루어집니다. **신속 이의 제기**는 일반적으로 72시간 이내에 이루어집니다.
- 귀하가 아직 받지 못한 진료 보장에 대해 당사가 내린 결정에 대해 이의를 제기하면 귀하 및/또는 귀하의 의사는 신속 이의 제기가 필요한지 결정해야 합니다. 담당 의사가 귀하의 건강을 위해 신속 이의 제기가 필요하다고 하는 경우 당사는 신속 이의 제기를 제공할 것입니다.
 - 신속 이의 제기를 하기 위한 요구 사항은 이 장의 6.2절에 있는 신속 보장 결정에 대한 요구 사항과 동일합니다.

- 2단계:** 당사 플랜에 이의 제기 또는 신속 이의 제기를 요청합니다.
- 표준 이의 제기를 요청하는 경우** 서면으로 표준 이의 제기를 제출하십시오. 2장에 연락처 정보가 있습니다.
 - 신속 이의 제기를 요청하는 경우** 서면으로 또는 당사에 전화하여 이의 제기를 하십시오. 2장에 연락처 정보가 있습니다.
 - 보장 결정에 대한 답변을 알리기 위해 보낸 당사의 서면 통지일로부터 **역일 기준 60일 이내에 이의 제기 요청을 해야 합니다.** 이 기한을 놓쳤고 이에 대한 합당한 이유가 있다면 이의 제기를 늦게 한 이유를 설명하십시오. 당사가 이의 제기를 위한 시간을 연장해 드릴 수도 있습니다. 이러한 합당한 이유에는 심각한 질병이 발생하여 당사에 연락을 할 수 없는 경우 또는 당사가 이의 제기 요청 기한에 대해 부정확하거나 불완전한 정보를 제공한 경우 등이 포함될 수 있습니다.
 - 귀하는 **의학적 결정에 대한 정보의 사본을 요청할 수 있습니다.** 귀하의 이의 제기를 지원하기 위해 귀하와 귀하의 의사가 정보를 더 추가할 수 있습니다. 당사는 이 정보를 복사 및 전송하는 데 필요한 요금을 귀하에게 청구할 수 있습니다.

3단계: 당사는 귀하의 이의 제기를 고려하여 귀하에게 답변을 제공합니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

- 귀하의 이의 제기를 검토할 때 당사는 모든 정보를 자세히 살펴봅니다. 당사가 귀하의 요청 사항을 '수락하지 않는' 경우 모든 규칙을 따랐는지 확인합니다.
- 필요한 경우 귀하 또는 귀하의 의사에게 연락하여 더 많은 정보를 수집합니다.

신속 이의 제기 기한

- 신속 이의 제기의 경우, 당사는 **이의 제기를 접수한 후 72시간 이내에** 반드시 답변을 제공해 드립니다. 귀하의 건강상 필요한 경우, 당사에서 더 빨리 답변해 드릴 것입니다.
 - 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, 귀하의 요청이 의료품 또는 서비스에 대한 요청일 경우 **역일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 추가 일수가 소요되면 서면으로 알려드립니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 추가 시간을 할애할 수 없습니다.
 - 72시간 이내에 답변을 제공하지 않는 경우(또는 연장된 기간이 있는 경우, 해당 기간 말까지), 당사는 독립 검토 기관에서 검토하는 이의 제기 절차의 레벨 2로 요청을 자동으로 보내야 합니다. 6.4절에서는 레벨 2 이의 제기 절차를 설명합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우,** 당사는 이의 제기를 받은 후 72시간 이내에 제공하기로 동의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우,** 당사는 결정에 대해 귀하에게 서면으로 알리고 레벨 2 이의 제기를 위해 귀하의 이의 제기를 자동으로 독립 검토 기관에 전송합니다. 귀하의 이의 제기가 접수되면 독립 검토 기관에서 귀하에게 서면으로 통지합니다.

표준 이의 제기 기한

- 표준 이의 제기의 경우, 귀하의 요청을 수신한 후 **역일 기준 30일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 아직 받지 않은 Medicare 파트 B 처방약과 관련한 요청의 경우에는 이의 제기 접수 후 **역일 기준 7일 이내에** 답변이 제공됩니다. 귀하의 건강 상태에 따라 더 빨리 결정을 내릴 수 있습니다.
 - 그러나 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, 귀하의 요청이 의료품 또는 서비스에 대한 요청일 경우 **역일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 추가 일수가 소요되면 서면으로 알려드립니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약인 경우 결정을 내리기 위해 추가 시간을 할애할 수 없습니다.
 - 추가 일수를 더 소요하지 *않아야* 한다고 생각하는 경우, 귀하는 신속 불만을 제기할 수 있습니다. 신속 불만을 제기할 경우 24시간 이내에 불만 사항에 대한 답변을 제공해 드립니다(불만 제기에 대한 자세한 정보는 이 장의 11절을 참조하십시오).
 - 기한(또는 연장 기간 종료)까지 답변을 제공하지 않을 경우 레벨 2 이의 제기로 요청을 보내 독립 검토 기관에서 이의 제기를 검토합니다. 6.4절에서는 레벨 2 이의 제기 절차를 설명합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우,** 당사는 귀하가 요청한 의료품 또는 서비스에 대한 요청이 있는 경우 30일 이내에 또는 귀하가 요청한 Medicare 파트 B 처방약에 대해 **역일 기준 7일 이내에** 보장을 반드시 승인하거나 제공합니다.

당사 플랜에서 귀하의 이의 제기 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우, 당사는 레벨 2 이의 제기를 위해 귀하의 이의 제기를 자동으로 독립 검토 기관에 전송합니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**6.4절****단계별 설명: 레벨 2 이의 제기 방법****법률 용어**

독립 검토 기관의 공식 명칭은 **독립 검토 주체**이며, **IRE**라고도 합니다.

독립 검토 기관은 Medicare에서 고용한 독립적인 조직입니다. 이 기관은 당사와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 당사의 결정이 올바른지 또는 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다. Medicare에서 이들의 업무를 감독합니다.

1단계: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다.

- 귀하의 이의 제기에 대한 정보를 이 조직에 보내드립니다. 이 정보를 **케이스 파일**이라고 합니다. **귀하는 당사에 케이스 파일의 사본을 요청할 권리가 있습니다.** 당사는 이 정보를 복사 및 전송하는데 필요한 요금을 귀하에게 청구할 수 있습니다.
- 귀하는 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 독립 검토 기관에 제공할 권리가 있습니다.
- 독립 검토 기관의 검토자는 이의 제기와 관련된 모든 정보를 신중하게 검토합니다.

레벨 1에서 신속 이의 제기를 한 경우 레벨 2에서도 신속 이의 제기를 할 수 있습니다.

- 신속 이의 제기의 경우, 검토 기관은 이의 제기를 받은 후 **72시간 이내**에 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 그러나 귀하의 요청이 의료품 또는 서비스에 대한 요청이고 독립 검토 기관이 귀하에게 도움이 될 수 있는 더 많은 정보를 수집해야 하는 경우, **역일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것인 경우 독립 검토 기관은 결정을 내리는 데 추가 시간을 할애할 수 없습니다.

레벨 1에서 표준 이의 제기를 한 경우 레벨 2에서 또한 표준 이의 제기를 할 수 있습니다.

- 표준 이의 제기의 경우, 의료품 또는 서비스에 대한 요청인 경우, 검토 기관은 이의 제기를 받은 날로부터 **역일 기준 30일 이내**에 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것인 경우, 검토 기관은 귀하의 이의 제기를 받은 날로부터 **역일 기준 7일 이내**에 귀하의 레벨 2 이의 제기에 대해 답해야 합니다.
- 그러나 귀하의 요청이 의료품 또는 서비스에 대한 요청이고 독립 검토 기관이 귀하에게 도움이 될 수 있는 더 많은 정보를 수집해야 하는 경우, **역일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것인 경우 독립 검토 기관은 결정을 내리는 데 추가 시간을 할애할 수 없습니다.

2단계: 독립 검토 기관이 답변을 제공합니다.

독립 검토 기관은 서면으로 결정을 알리고 그 이유를 설명할 것입니다.

- **독립 검토 기관이 의료품 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전부를 인정하는 경우,** 당사는 **표준 요청**에 대한 독립 검토 기관의 결정을 받은 후 **72시간 이내**에 의료 서비스 보장을 승인하거나 **역일**

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

기준 14일 이내에 서비스를 제공하거나 플랜이 **신속 요청**에 대한 독립 검토 기관의 결정을 받은 날부터 **72시간 이내**에 서비스를 제공해야 합니다.

- **독립 검토 기관이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청의 일부 또는 전부를 인정하는 경우**, 독립 검토 기관으로부터 **표준 요청**에 대한 결정을 받은 후 **72시간 이내**에 또는 독립 검토 기관으로부터 **신속 요청**에 대한 결정을 받은 날로부터 **24시간 이내**에 당사는 Medicare 파트 B 처방약을 반드시 승인하거나 제공해야 합니다.
- **이 기관이 귀하의 이의 제기의 일부 또는 전부를 인정하지 않는다고 답변하는 경우**, 이는 귀하의 의료 서비스 보장에 대한 요청의 일부 또는 전부를 승인하지 않는다는 당사의 결정에 동의함을 의미합니다(이를 **결정 유지** 또는 **이의 제기 거절**이라고 합니다). 이 경우 독립 검토 기관에서 귀하에게 다음과 같은 서신을 보냅니다.
 - 결정을 설명합니다.
 - 요청 중인 의료 서비스 보장의 달러 금액이 특정 최소값을 충족하는 경우 레벨 3 이의 제기에 대한 권리를 알립니다. 독립 검토 기관에서 제공하는 서면 통지서에는 이의 제기 절차를 계속 진행하기 위해 충족해야 하는 달러 금액이 나와 있습니다.
 - 레벨 3 이의 제기를 하는 방법을 알려줍니다.

3단계: 케이스가 요구 사항을 충족하는 경우 추가 이의 제기 여부를 선택할 수 있습니다.

- 레벨 2 이후에는 이의 제기 절차에 세 가지 추가 레벨이 있습니다(총 다섯 단계의 이의 제기). 레벨 3 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 레벨 2 이의 제기 후 받은 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 대리 심판관이 처리합니다. 이 장의 10절에서는 이의 제기 절차의 레벨 3, 4, 5에 대해 자세히 설명합니다.

6.5절	귀하가 받은 의료 서비스 청구서에 대해 환급을 요청하는 경우 어떻게 해야 할까요?
-------------	--

당사는 Medicaid 서비스 또는 품목에 대한 비용을 직접 상환할 수 없습니다. Medicaid 보장 서비스 및 품목에 대한 청구서를 받는 경우 청구서를 당사에 보내십시오. **귀하가 직접 지불해서는 안 됩니다.** 당사는 제공자에게 직접 연락하여 문제를 처리할 것입니다. 그러나 귀하가 요금을 지불하는 경우, 서비스 또는 품목 입수 규칙을 따랐다면 해당 의료 제공자로부터 환불을 받을 수 있습니다.

보장을 요청하는 것은 당사에 보장 결정을 요청하는 것입니다

귀하가 당사에 상환을 요청하는 서류를 보내주시면 보장 결정을 요청하는 것입니다. 결정을 내리기 위해 당사는 귀하가 지불한 의료 서비스가 보장 서비스인지 확인합니다. 또한 당사는 귀하가 의료 서비스 보장 사용에 대한 모든 규칙을 준수했는지 확인합니다.

- **당사가 귀하의 요청을 수락하는 경우:** 의료 서비스가 보장되고 귀하가 모든 규칙을 준수하는 경우, 당사는 귀하의 요청을 받은 후 역일 기준 60일 이내에 지불금을 귀하에게 보내드립니다. 의료 서비스에 대한 비용을 지불하지 않은 경우 해당 제공자에게 직접 지불금을 보냅니다.
- **당사가 귀하의 요청을 수락하지 않는 경우:** 의료 서비스가 보장되지 않거나 귀하가 모든 규정을 따르지 않은 경우 당사는 지불금을 보내지 않습니다. 대신 당사는 의료 서비스 비용을 지불하지 않을 것이라는 내용의 서신에 그 이유를 적어 보내드립니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

당사의 결정에 동의하지 않으면 **이의**를 제기할 수 있습니다. 이의 제기를 하는 경우, 지불 요청을 거부했을 때 당사가 수행한 보장 결정을 변경하도록 요청한다는 것을 의미합니다.

이러한 이의 제기를 하려면 5.3절에 설명된 이의 제기 절차를 따르십시오. 환급에 대한 이의 제기의 경우 다음 사항에 유의하십시오.

- 당사는 귀하의 이의 제기를 수신한 후 역일 기준 60일 이내에 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 이미 의료 서비스를 받고 지불한 항목에 대해 다시 비용을 환급하도록 요청하는 경우, 신속 이의 제기를 요청할 수 없습니다.
- 독립 검토 기관이 당사가 지불해야 한다고 결정한 경우, 당사는 반드시 귀하가 요청한 지불금을 역일 기준 30일 이내에 귀하 또는 제공자에게 보내야 합니다. 레벨 2 이후의 이의 제기 절차에서 이의 제기를 인정한다고 답변한 경우, 당사는 요청한 지불액을 역일 기준 60일 이내에 귀하 또는 제공자에게 전달해야 합니다.

7절 **파트 D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하는 방법**

7.1절 **이 절에서는 파트 D 약품 수령에 문제가 있거나 당사에서 파트 D 약품에 대해 다시 지불하기를 원하는 경우 어떻게 해야 하는지 설명합니다**

혜택에는 많은 처방약에 대한 보장이 포함됩니다. 보장을 받으려면 약을 의학적으로 인정된 적응증에 대해 사용해야 합니다(의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 내용은 5장을 참조하십시오). 파트 D 약품, 규칙, 제한 사항 및 비용에 대한 자세한 내용은 5장과 6장을 참조하십시오. **이 절은 파트 D 약품에만 해당됩니다.** 간단히 하기 위해 당사는 일반적으로 **보장 외래 처방약**이나 **파트 D 약품**을 매번 반복하는 대신 이 절의 나머지 부분에서 **의약품**이라고 지칭합니다. 또한 **보장 의약품 목록** 또는 **처방집** 대신 "의약품 가이드"라는 용어를 사용합니다.

- 약이 보장되는지 또는 규정을 충족하는지 여부를 알 수 없는 경우 당사에 문의하십시오. 일부 약의 경우 귀하는 당사로부터 먼저 승인을 받아야만 당사의 보장을 받을 수 있습니다.
- 귀하의 약국에서 처방전을 서면으로 작성할 수 없다고 하는 경우 약국에서는 보장 결정을 요청하기 위해 당사에 연락하는 방법을 안내하는 서면 통지를 귀하에게 제공하게 됩니다.

파트 D 보장 결정 및 이의 제기

법률 용어

파트 D 약품에 대한 초기 보장 결정을 **보장 판단**이라고 합니다.

보장 결정은 가입자의 혜택 및 보장 또는 가입자의 약에 대해 당사가 지불하는 금액에 대해 당사가 내리는 결정입니다. 이 절에서는 다음 상황 중 하나에 해당하는 경우에 수행할 수 있는 작업을 설명합니다.

- 플랜의 "처방약 가이드"(처방집)에 없는 파트 D 약품의 보장을 요청합니다. **예외를 요청하십시오. 7.2절**
- 의약품에 대한 플랜의 보장 제한(예: 약물 수령에 대한 분량 제한)을 해제하도록 요청합니다. **예외를 요청합니다. 7.2절**
- 약에 대한 사전 승인 요청. **보장 결정을 요청합니다. 7.4절**
- 이미 구입한 처방약에 대한 비용을 지불합니다. **당사에 환급을 요청합니다. 7.4절**

당사가 내린 보장 결정에 동의하지 않는 경우, 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.

이 절에서는 보장 결정을 요청하는 방법과 이의 제기 방법을 설명합니다.

7.2절

예외란 무엇입니까?

법률 용어
의약품 가이드에 나와 있지 않은 의약품의 보장을 요청하는 것을 처방집 예외 를 요청하는 것이라고도 합니다.
의약품에 대한 보장 범위 제한 사항을 제거하도록 요청하는 것은 처방집 예외 를 요청하는 것이라고도 합니다.
보장이 적용되는 비우선 약에 대해 더 낮은 가격을 지불하도록 요청하는 것은 분담 예외 를 요청하는 것이라고도 합니다.

의약품이 보장 대상에 포함되지 않는 경우 **예외**를 적용하도록 요청할 수 있습니다. 예외는 보장 결정의 한 유형입니다.

당사가 귀하의 예외 요청을 고려하기 위해, 귀하의 의사 또는 기타 처방의는 귀하가 예외 승인을 받아야 하는 의학적 이유를 설명해야 합니다. 다음은 귀하 또는 귀하의 의사 또는 기타 처방의가 당사에 요청할 수 있는 두 가지 예외 사례입니다.

1. **"처방약 가이드"에 없는 파트 D 약품 보장.** 당사가 의약품 가이드에 없는 약을 보장하는 것에 동의할 경우, 귀하는 모든 약에 적용되는 비용 분담금을 지불해야 합니다. 귀하는 당사가 약에 대해 지불해야 하는 비용 분담금에 대한 예외를 요청할 수 없습니다.
2. **보장 대상 의약품에 대한 제한 사항 제거.** 5장은 "처방약 가이드"에 있는 특정 약에 적용되는 추가 규정 또는 제한 사항에 대해 설명합니다. 당사가 예외를 적용하기로 합의하고 제한 사항을 면제하는 경우, 귀하는 귀하가 해당 의약품에 대해 지불해야 할 공동 부담금 또는 공동 보험비용에 대한 예외 사항을 요청할 수 있습니다.

7.3절 예외 요청 시 알아야 할 중요한 사항

귀하의 담당 의사는 반드시 의학적 이유를 말해야 합니다

담당 의사 또는 기타 처방자는 예외를 요청한 의학적 이유를 설명하는 진술을 제공해야 합니다. 더 빠른 결정을 위해, 예외를 요청할 때 담당 의사 또는 기타 처방자로부터 이러한 의학적 정보를 포함시키십시오.

일반적으로 당사의 "의약품 가이드"에는 특정 질환을 치료하기 위한 약이 두 개 이상 포함되어 있습니다. 이러한 다양한 가능성을 **대체** 의약품이라고 합니다. 대체 의약품이 귀하가 요청하는 약만큼 효과가 있고 더 많은 부작용을 유발하거나 다른 건강 문제를 일으키지 않는다면, 일반적으로 귀하의 예외 요청을 승인하지 않습니다.

당사는 귀하의 요청을 수락 또는 거부하게 됩니다

- 귀하의 예외 요청이 승인될 경우, 일반적으로 플랜 연도가 끝날 때까지 유효합니다. 이는 담당의사가 계속해서 약을 처방하고 해당 약이 귀하의 질환을 치료하는 데 안전하고 효과적인 한 계속 적용됩니다.
- 당사가 예외 요청을 수락하지 않는 경우 이의 제기를 통해 당사의 결정에 대한 추가 검토를 요청할 수 있습니다.

7.4절 단계별 설명: 예외 사항을 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법

법률 용어

신속 보장 결정은 **신속 보장 판단**이라고 합니다.

1단계: 표준 보장 결정 또는 신속 보장 결정이 필요한지 여부를 결정합니다.

표준 보장 결정은 의사의 진술을 받은 후 **72시간** 이내에 이루어집니다. **신속한 보장 결정**은 의사의 진술을 받은 후 **24시간** 이내에 이루어집니다.

귀하의 건강상 필요한 경우 신속 보장 결정을 요청하십시오. 신속 보장 결정을 이용하려면 다음 두 가지 요구 사항을 충족해야 합니다.

- *아직 받지 않은 약을* 요청해야 합니다(이미 구입한 약에 대한 환급을 요청하는 경우 신속한 보장 결정을 요청할 수 없습니다).
- 표준 기한을 사용하면 **건강에 심각한 영향을 미칠 수 있거나 업무 수행 능력을 해칠 수 있습니다.**
- 의사 또는 기타 처방자가 귀하의 건강상 **신속한 보장 결정이 필요하다고 말한다면, 당사는 자동으로 신속한 보장 결정을 내리게 됩니다.**
- 귀하가 (의사 또는 처방자의 지원 없이) 자발적으로 신속한 보장 결정을 요청하는 경우 당사는 귀하의 건강상 **신속한 보장 결정을 내리는 것이 필요한지 여부를 결정할 것입니다.** 당사가 신속 보장 결정을 승인하지 않을 경우 다음과 같은 내용의 서신을 보내드립니다.
 - 표준 기한을 사용할 것임을 설명합니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

- 담당 의사 또는 다른 처방자가 신속한 보장 결정을 요청할 경우, 당사는 자동으로 신속한 보장 결정을 내릴 것임을 설명합니다.
- 귀하가 요청한 신속한 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 내리기로 한 결정에 대해 신속 불만을 어떻게 제기할 수 있는지 알려줍니다. 당사는 불만 사항을 접수 후 24시간 이내에 답변해 드리겠습니다.

2단계: 표준 보장 결정 또는 신속한 보장 결정을 요청합니다.

먼저 당사의 플랜에 전화, 서면 또는 팩스 전송을 통해 원하는 의료 서비스를 승인 또는 제공하라는 요청을 할 수 있습니다. 당사의 웹사이트를 통해서도 보장 결정 절차를 확인할 수 있습니다. 당사는 웹사이트에 있는 CMS 모델 보장 판단 요청 양식 또는 당사 플랜의 양식에 제출된 요청을 포함하여 모든 서면 요청을 수락해야 합니다. 2장에 연락처 정보가 있습니다. 보장 판단 요청을 온라인으로 제출하려면 [Humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations](https://www.humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations)로 이동하십시오. 보장 판단 요청 양식을 작성하십시오. 처방의사의 보조 문서를 보내 의학적 필요성을 제시해야 합니다. 귀하의 정보가 안전하게 당사로 전송됩니다. 요청을 처리하는 데 도움이 되도록 귀하의 이름, 연락처 정보 및 이의 제기 중인 거부된 청구를 식별하는 정보를 포함시키십시오.

귀하, 귀하의 의사(또는 다른 처방자) 또는 귀하의 대리인이 이 작업을 수행할 수 있습니다. 또한 귀하를 대신하여 변호사가 대변할 수도 있습니다. 이 장의 4절은 다른 사람에게 자신의 대리인 역할을 수행할 수 있는 서면 권한을 부여하는 방법을 설명합니다.

- **예외를 요청하는 경우** 예외에 대한 의학적 이유인 **지원 진술서를 제공하십시오.** 의사 또는 기타 처방자는 설명문을 팩스로 보내거나 우편으로 보낼 수 있습니다. 또는 의사 또는 기타 처방자는 전화 연락을 통해 알린 후, 필요한 경우 서면 진술서를 팩스 또는 우편으로 보낼 수 있습니다.

3단계: 당사는 귀하의 요청을 고려하여 귀하에게 답변을 제공합니다.**신속 보장 결정 기한**

- 일반적으로 귀하의 요청을 수신한 후 **24일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
 - 예외의 경우, 의사의 지원 진술서를 받은 후 24시간 이내에 답변해 드리겠습니다. 건강상 필요한 경우 더 빨리 답변해 드리겠습니다.
 - 이 기한을 충족하지 않을 경우, 당사는 귀하의 요청을 이의 제기 절차 레벨 2로 보내야 하며, 이러한 경우 독립 검토 기관이 검토할 것입니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우**, 당사는 귀하의 요청 또는 이를 지원하는 의사의 진술서를 받은 후 24시간 이내에 제공하기로 동의한 보장을 제공해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우**, 당사의 결정 근거에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다. 또한 당사는 이의를 제기하는 방법에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

아직 받지 못한 의약품에 대한 표준 보장 결정 기한

- 일반적으로 귀하의 요청을 수신한 후 **72일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
 - 예외의 경우, 의사의 지원 진술서를 받은 후 72시간 이내에 답변해 드리겠습니다. 건강상 필요한 경우 더 빨리 답변해 드리겠습니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

- 이 기한을 충족하지 않을 경우, 당사는 귀하의 요청을 이의 제기 절차 레벨 2로 보내야 하며, 이러한 경우 독립 검토기관이 검토할 것입니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우**, 당사는 귀하의 요청 또는 이를 지원하는 의사의 진술서를 받은 후 **72시간** 이내에 제공하기로 동의한 **보장을 제공**해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우**, 당사의 결정 근거에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다. 또한 당사는 이의를 제기하는 방법에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

이미 구매한 의약품 지불에 대한 표준 보장 결정 기한

- 귀하의 요청을 수신한 후 **역일 기준 14일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
 - 이 기한을 충족하지 않을 경우, 당사는 귀하의 요청을 이의 제기 절차 레벨 2로 보내야 하며, 이러한 경우 독립 검토기관이 검토할 것입니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우**, 당사는 귀하의 요청을 받은 후 역일 기준 14일 이내에 귀하에게 대금을 지급해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우**, 당사의 결정 근거에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다. 또한 당사는 이의를 제기하는 방법에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

4단계: 당사가 귀하의 보장 요청을 수락하지 않는 경우 귀하는 이의 제기를 할 수 있습니다.

- 당사에서 인정하지 않는 경우, 귀하는 이의를 제기하여 당사가 이러한 결정에 대해 다시 고려하도록 요청할 권리가 있습니다. 원하는 의약품 보장을 얻기 위해 다시 요청하는 것을 의미합니다. 이의 제기를 하는 경우 이의 제기 절차의 레벨 1을 진행함을 의미합니다.

7.5절**단계별 설명: 레벨 1 이의를 제기하는 방법****법률 용어**

파트 D 약품 보장 결정에 대한 플랜에 대한 이의 제기를 **재결정**이라고 합니다.

신속 이의 제기는 **신속한 재결정**이라고도 합니다.

1단계: 표준 이의 제기 또는 신속 이의 제기가 필요한지 여부를 결정합니다.

표준 이의 제기는 보통 7일 이내에 이루어집니다. 신속 이의 제기는 일반적으로 72시간 이내에 이루어집니다. 건강상 필요한 경우 신속 이의 제기를 요청하십시오.

- 귀하가 아직 받지 않은 의약품에 대한 당사의 결정에 이의를 제기하는 경우 귀하와 담당 의사 또는 기타 처방자는 귀하에게 신속 이의 제기가 필요한지 결정해야 합니다.
- 신속 이의 제기를 하기 위한 요구 사항은 이 장의 6.4절에 있는 신속 보장 결정에 대한 요구 사항과 동일합니다.

2단계: 귀하, 귀하의 대리인, 의사 또는 다른 처방자는 당사에 연락하여 귀하의 레벨 1 이의 제기를 해야 합니다. 건강 상태로 인해 답변을 신속하게 받아야 하는 경우 신속 이의 제기를 요청해야 합니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

- **표준 이의 제기의 경우 서면 요청을 제출하십시오.** 2장에 연락처 정보가 있습니다.
- **신속 이의 제기의 경우 서면으로 이의 제기를 제출하거나 1-800-451-4651(TTY: 711) 로 당사에 문의하십시오.** 2장에 연락처 정보가 있습니다.
- 당사는 웹사이트에 있는 CMS 모델 보장 판단 요청 양식에 제출된 요청을 포함하여 **모든 서면 요청을 수락해야 합니다.** 요청을 처리하는 데 도움이 되도록 귀하의 이름, 연락처 정보 및 청구에 관한 정보를 포함시키십시오.
- 보장 결정에 대한 답변을 알리기 위해 보낸 당사의 서면 통지일로부터 **역일 기준 60일 이내에 이의 제기 요청을 해야 합니다.** 이 기한을 놓쳤고 이에 대한 합당한 이유가 있다면 이의 제기를 늦게 한 이유를 설명하십시오. 당사가 이의 제기를 위한 시간을 연장해 드릴 수도 있습니다. 이러한 합당한 이유에는 심각한 질병이 발생하여 당사에 연락을 할 수 없는 경우 또는 당사가 이의 제기 요청 기한에 대해 부정확하거나 불완전한 정보를 제공한 경우 등이 포함될 수 있습니다.
- **이의 제기의 정보에 대한 사본을 요청하고 추가적인 정보를 추가할 수 있습니다.** 귀하의 이의 제기를 지원하기 위해 귀하와 귀하의 의사가 정보를 더 추가할 수 있습니다. 당사는 이 정보를 복사 및 전송하는 데 필요한 요금을 귀하에게 청구할 수 있습니다.

3단계: 당사는 귀하의 이의 제기를 고려하여 귀하에게 답변을 제공합니다.

- 귀하의 이의 제기를 검토할 때 귀하의 보장 요청에 대한 모든 정보를 다시 한 번 자세히 살펴봅니다. 당사가 귀하의 요청 사항을 '수락하지 않는' 경우 모든 규칙을 따랐는지 확인합니다. 당사는 더 자세한 정보를 얻기 위해 귀하 또는 담당 의사 또는 기타 처방자에게 연락할 수 있습니다.

신속 이의 제기 기한

- 신속 이의 제기의 경우, 당사는 **이의 제기를 접수한 후 72시간 이내에** 반드시 답변을 제공해 드립니다. 건강상 필요한 경우 더 빨리 답변해 드리겠습니다.
 - 72시간 이내에 답변을 제공하지 않을 경우, 당사는 귀하의 요청을 이의 제기 절차 레벨 2로 보내야 하며, 이 경우 독립 검토 기관이 검토할 것입니다. 7.6절에서는 레벨 2 이의 제기 절차를 설명합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우,** 당사는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 72시간 이내에 제공하기로 동의한 보장을 제공해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우,** 당사의 결정 근거와 이 결정에 이의를 제기하는 방법에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

아직 받지 못한 약에 대한 표준 이의 제기 기한

- 표준 이의 제기의 경우, 귀하의 요청을 수신한 후 **역일 기준 7일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 건강 상태로 인해 이용해야 하는 의약품이 아직 받지 못한 경우 당사는 더 신속하게 결정을 내릴 것입니다.
 - 당사가 역일 기준 7일 이내에 결정을 하지 않을 경우, 귀하의 요청을 이의 제기 절차의 레벨 2로 보내야 하며, 이 경우 독립 검토 기관이 검토할 것입니다. 7.6절에서는 레벨 2 이의 제기 절차를 설명합니다.

- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우**, 당사는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **역일 기준 7일** 이내에 귀하의 건강상 필요한 보장을 최대한 빨리 제공해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우**, 당사의 결정 근거와 이 결정에 이의를 제기하는 방법에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

이미 구매한 약에 대한 표준 이의 제기에 대한 기한

- 귀하의 요청을 수신한 후 **역일 기준 14일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
 - 이 기한을 충족하지 않을 경우, 당사는 귀하의 요청을 이의 제기 절차 레벨 2로 보내야 하며, 이러한 경우 독립 검토 기관이 검토할 것입니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우**, 당사는 귀하의 요청을 받은 후 **역일 기준 30일** 이내에 귀하에게 대금을 지급해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우**, 당사의 결정 근거에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다. 또한 당사는 이의를 제기하는 방법에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

4단계: 당사가 귀하의 이의 제기를 인정하지 않는 경우 귀하는 이의 제기 절차를 계속 진행하고 또 다른 이의 제기를 할 것인지 결정합니다.

- 다른 이의 제기를하기로 결정하면 이의 제기가 이의 제기 절차의 레벨 2로 넘어간다는 것을 의미합니다.

7.6절	단계별 설명: 레벨 2 이의를 제기하는 방법
법률 용어	
독립 검토 기관의 공식 명칭은 독립 검토 주체 이며, IRE 라고도 합니다.	

독립 검토 기관은 Medicare에서 고용한 독립적인 조직입니다. 이 기관은 당사와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 당사의 결정이 올바른지 또는 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다. Medicare에서 이들의 업무를 감독합니다.

1단계: 귀하(또는 귀하의 대리인, 의사 또는 다른 처방자)는 독립 검토 기관에 연락하여 귀하의 케이스에 대한 검토를 요청해야 합니다.

- 귀하의 레벨 1 이의 제기를 인정하지 않는다고 답변하는 경우, 당사가 보내는 서면 통지에는 독립 검토 기관에 **레벨 2 이의 제기를 하는 방법에 대한 지침**이 포함됩니다. 이러한 지침은 이 레벨 2 이의 제기를 누가 할 수 있는지, 어떤 기한을 따라야 하는지, 어떻게 검토 기관에 연락하는지 등을 알려줄 것입니다. 그러나 당사가 해당 기간 내에 검토를 완료하지 않았거나 당사의 약물 관리 프로그램에 따라 위험 결정에 대한 불리한 결정을 내린 경우 귀하의 요청은 자동으로 IRE에 전달됩니다.
- 귀하의 이의 제기에 대한 정보를 이 조직에 보내드립니다. 이 정보를 **케이스 파일**이라고 합니다. **귀하는 당사에 케이스 파일의 사본을 요청할 권리가 있습니다.** 당사는 이 정보를 복사 및 전송하는데 필요한 요금을 귀하에게 청구할 수 있습니다.
- 귀하는 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 독립 검토 기관에 제공할 권리가 있습니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**2단계: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다.**

독립 검토 기관의 검토자는 이의 제기와 관련된 모든 정보를 신중하게 검토합니다.

신속 이의 제기에 대한 기한

- 건강상 필요한 경우 독립 검토 기관에 신속 이의 제기를 요청하십시오.
- 기관이 신속 이의 제기를 제공하는 데 동의하는 경우 기관은 이의 제기 요청을 받은 후 **72시간 이내**에 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

표준 이의 제기 기한

- 표준 이의 제기의 경우, 검토 기관은 아직 받지 못한 약에 대한 이의 제기를 받은 후 **역일 기준 7일 이내**에 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 이미 구매한 의약품에 대해 당사가 다시 비용을 지불하도록 요청하는 경우, 검토 기관은 귀하의 요청을 받은 후 **역일 기준 14일 이내**에 귀하의 레벨 2 이의 제기에 답변을 제공해야 합니다.

3단계: 독립 검토 기관이 답변을 제공합니다.**신속 이의 제기의 경우:**

- 독립 검토 기관이 귀하가 요청한 사항의 일부 또는 전부를 인정하는 경우, 당사는 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 후 **24시간 이내**에 검토 기관에서 승인한 의약품 보장을 제공해야 합니다.

표준 이의 제기의 경우:

- 독립 검토 기관이 귀하가 요청한 사항의 일부 또는 전부를 인정하는 경우, 당사는 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 후 **72시간 이내**에 검토 기관에서 승인한 의약품 보장을 제공해야 합니다.
- 독립 검토 기관이 이미 구입한 약에 대한 환급 요청의 일부 또는 전부를 인정하는 경우, 당사는 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 후 **역일 기준 30일 이내**에 귀하에게 대금을 지급해야 합니다.

검토 기관이 귀하의 이의 제기를 인정하지 않는다고 답변하면 어떻게 됩니까?

이 기관이 귀하의 이의 제기의 일부 또는 전부를 인정하지 않는 경우, 이는 귀하의 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않기로 한 당사의 결정에 동의한다는 의미입니다(이를 **결정 유지**라고 하며, **이의 제기 거절**이라고도 합니다). 이 경우 독립 검토 기관에서 귀하에게 다음과 같은 서신을 보냅니다.

- 결정을 설명합니다.
- 귀하가 요청하는 의약품 보장에 대한 달러 가치가 특정 최소값을 충족하는 경우 레벨 3 이의 제기 권리를 귀하에게 통지합니다. 요청하는 의약품에 대한 보장의 달러 가치가 너무 낮은 경우에 다른 이의 제기를 할 수 없으며 레벨 2의 결정은 최종적입니다.
- 이의 제기 절차를 계속하기 위해 분쟁 중인 달러 가치를 알려줍니다.

4단계: 케이스가 요구 사항을 충족하는 경우 추가 이의 제기 여부를 선택할 수 있습니다.

- 레벨 2 이후에는 이의 제기 절차에 세 가지 추가 레벨이 있습니다(총 다섯 단계의 이의 제기).

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

- 레벨 3 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 레벨 2 이의 제기 후 받은 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 대리 심판관이 처리합니다. 이 장의 10절에서는 이의 제기 절차의 레벨 3, 4, 5에 대해 자세히 설명합니다.

8절 **너무 빨리 퇴원한다고 생각될 경우 연장된 입원 기간 동안의 보장을 요청하는 방법**

병원에 입원한 경우 질병 또는 부상을 진단하고 치료하는 데 필요한 보장 범위의 모든 병원 서비스를 받을 권리가 있습니다.

보장이 제공되는 병원 입원 기간 동안, 담당 의사와 병원 직원은 귀하와 함께 귀하가 병원에서 퇴원할 날을 대비할 것입니다. 그들은 귀하가 퇴원한 후에도 필요할 수 있는 진료를 받기 위해 도움을 드릴 것입니다.

- 병원에서 퇴원하는 날짜를 **퇴원 날짜**라고 합니다.
- 퇴원 날짜가 결정되면 담당 의사 또는 병원 직원이 알려드릴 것입니다.
- 병원에서 너무 빨리 퇴원하라는 요청을 받고 있는 경우, 더 긴 병원 입원을 요청할 수 있으며 귀하의 요청이 고려됩니다.

8.1절 **입원 기간 동안 귀하의 권리에 대해 알려주는 Medicare의 서면 통지를 받게 됩니다**

병원 입원 후 2일 내에 귀하는 *귀하의 권리에 대한 Medicare의 중요 메시지*라는 서면 통지를 받게 됩니다. Medicare의 모든 가입자는 이 통지의 사본을 받습니다. 병원에 소속된 자(예: 병사회복지사 또는 간호사)로부터 통지를 받지 못한 경우, 병원 직원에게 문의하십시오. 도움이 필요한 경우, 연중무휴 하루 24시간 언제든지 고객센터팀 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하실 수 있습니다. TTY는 1-877-486-2048로 문의하십시오.

1. 이 통지를 자세히 읽으신 후 이해가 가지 않는 부분이 있으면 문의하시기 바랍니다. 다음을 알려줍니다.

- 병원 입원 기간 중 및 이후에 담당 의사의 지시에 따라 Medicare 보장 서비스를 받을 수 있는 권리. 여기에는 이러한 서비스가 무엇인지, 서비스 비용을 지불할 자, 서비스 지역을 알 권리가 포함됩니다.
- 병원 입원에 대한 모든 결정에 참여할 권리.
- 병원의 의료의 질에 대해 가진 우려 사항을 보고할 대상.
- 병원에서 너무 빨리 퇴원한다고 생각되는 경우 퇴원 결정에 대한 **즉각적인 검토를 요청**할 수 있는 권리. 이는 보다 오랜 시간 동안 귀하의 병원 치료를 보장할 수 있도록 퇴원 날짜를 지연하도록 요청하는 공식적이고 법률적인 방법입니다.

2. 서면 통지서에 서명하여 귀하가 이를 수령하고 귀하의 권리를 이해했다는 것을 나타낼 것을 요청받을 것입니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

- 귀하 또는 귀하를 대신하는 사람은 통지서에 서명할 것을 요청받게 됩니다.
- 통지서에 서명을 함으로써 귀하의 권리에 대한 정보를 받았다는 **사실만을** 나타냅니다. 통지는 퇴원 날짜를 알려주지 않습니다. 통지서 서명은 귀하가 퇴원 날짜에 동의함을 **의미하지 않습니다.**

3. 필요한 경우 이의 제기(또는 의료의 질에 대한 우려 사항 보고)에 대한 정보를 얻을 수 있도록 이 통지서의 사본을 보관하십시오.

- 퇴원 날짜 이틀 전에 통지서에 서명하면 퇴원이 예정되기 전에 또 다른 사본을 받게 됩니다.
- 사전에 이 공지의 사본을 살펴보시려면 고객센터지원팀 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 24시간 연중무휴 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오. 온라인으로 고지를 확인할 수도 있습니다.
www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

8.2절 단계별 설명: 병원 퇴원 날짜 변경을 위한 레벨 1 이의 제기 방법

당사에 입원진료 병원 서비스에 대한 보장 기간 연장을 요청하려면 이의 제기 절차를 사용하여 해당 사항을 요청을 해야 합니다. 시작하기 전에 해야 할 일과 기한을 파악하십시오.

- **해당 절차를 따르십시오.**
- **기한을 준수하십시오.**
- **필요한 경우 도움을 요청하십시오.** 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우 언제든지 고객센터지원팀에 문의하십시오. 또는 개인 맞춤형 지원을 제공하는 정부 기관인 주 건강 보험 지원 프로그램에 연락하십시오.

레벨 1 이의 제기가 진행되는 동안 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다. 기관은 계획된 퇴원 날짜가 의학적으로 적절한지 확인합니다.

품질 개선 기관은 Medicare 가입자에게 제공되는 치료의 확인 및 품질 개선을 위해 연방 정부가 비용을 지원하는 의사 및 기타 의료 전문가로 구성된 단체입니다. 여기에는 Medicare가 있는 이들에 대한 병원 퇴원 날짜를 검토하는 것이 포함됩니다. 이러한 전문가들은 당사의 플랜의 일부가 아닙니다.

1단계: 귀하의 주에 있는 품질 개선 기관에 연락하여 병원 퇴원에 대한 즉각적인 검토를 요청하십시오. 요청은 신속하게 진행해야 합니다.

이 기관에 어떻게 연락할 수 있습니까?

- 귀하가 받은 서면 통지(귀하의 권리에 대한 Medicare의 중요 메시지)에는 이 기관에 연락하는 방법이 나와 있습니다 또는 해당 주의 품질 개선 기관(QIO)의 이름, 주소 및 전화번호는 2장에서 확인할 수 있습니다.

신속히 조치를 취하십시오.

- 이의 제기를 하려면 **퇴원일 자정까지** 병원에서 퇴원하기 전에 품질 개선 기관(QIO)에 연락해야 합니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

- **이 기한을 충족하면** 품질 개선 기관의 결정을 기다리는 동안 **비용을 지불하지 않고** 퇴원 날짜 이후에도 병원에 계속 입원할 수 있습니다.
- **이 기한을 지키지 않고** 예정된 퇴원 날짜 이후로 병원에 있기로 결정한 경우, 예정된 퇴원 날짜 이후에 귀하가 받는 병원 치료 **비용을 모두 지불해야** 할 수 있습니다.
- 품질 개선 기관 문의 기한을 놓쳤지만 여전히 이의 제기를 원하는 경우, 대신 당사 플랜에 직접 이의를 제기해야 합니다. 이런 다른 방식으로 이의 제기를 하는 방법에 대한 자세한 내용은 8.4절을 참조하십시오.

귀하가 병원 퇴원에 대한 즉각적인 검토를 요청하면 품질 개선 기관에서 당사에 연락합니다. 연락을 받은 후 낮 12시까지 **퇴원에 대한 상세 고지**가 제공됩니다. 이 통지는 예정된 퇴원 날짜를 제공하며 의사, 병원 및 당사가 해당 날짜에 퇴원하는 (의학적으로 적절한) 이유 등을 자세히 설명합니다.

연중무휴 하루 24시간 언제든지 고객지원팀 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화하여 **퇴원에 대한 상세 고지**의 예시를 확인할 수 있습니다(TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오). 또는 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로 고지 예시를 볼 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 케이스에 대한 독립적인 검토를 수행합니다.

- 품질 개선 기관의 의료 전문가(검토자)는 귀하(또는 귀하의 대리인)에게 서비스 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 물을 것입니다. 서면으로 준비해야 할 사항은 없지만 원하는 경우 준비할 수 있습니다.
- 검토자는 또한 귀하의 의학적 정보를 살펴보고, 담당 의사와 상담하며, 병원 및 당사가 제공한 정보를 검토합니다.
- 검토자가 귀하의 이의 제기에 대해 당사에 알린 후 해당 날의 정오까지, 귀하는 예정된 퇴원일을 알려 주는 서면 통지를 받게 될 것입니다. 또한 이 통지에서는 의사, 병원 및 당사가 해당 날짜에 퇴원하는 것이 (의학적으로 적절한) 합당하다고 생각하는 이유를 자세히 설명합니다.

3단계: 필요한 모든 정보를 얻은 후 1일 이내에 품질 개선 기관이 이의 제기에 대한 답변을 제공합니다.**인정한다고 답변하는 경우 어떻게 되나요?**

- 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 **인정**하는 경우, **해당 서비스가 의료적 필요성이 있는 한 귀하의 보장 입원진료 서비스를 계속 제공해야** 합니다.
- 귀하의 비용 부담금(해당하는 경우, 공제금 또는 공동 부담금 등)을 계속해서 지불해야 합니다. 또한 보장 병원 서비스에 제한이 있을 수 있습니다.

인정하지 않는다는 답변을 받는 경우 어떻게 되나요?

- 검토 기관이 인정하지 않는 경우, 예정된 퇴원 날짜가 의학적으로 적절하다는 의미입니다. 이러한 경우 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기에 답변을 제공한 다음 날 정오에 **귀하의 입원진료 병원 서비스에 대한 당사의 보장이 종료됩니다.**
- 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 **인정하지 않는다고** 답변했지만 귀하가 입원을 계속하기로 결정한 경우, 귀하는 품질 개선 기관(QIO)이 이의 제기에 답변을 제공한 다음 날 정오 이후에 받은 **병원 치료비 전액을 지불해야** 할 수 있습니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

4단계: 레벨 1 이의 제기를 인정하지 않는다는 답변을 받는 경우 또 다른 이의 제기를 하고자 하는지 여부를 결정합니다.

- 품질 개선 기관에서 이의 제기에 동의하지 않았고 *그리고* 귀하가 예정된 퇴원 날짜 이후에 병원에 입원한 경우 또 다른 이의 제기를 할 수 있습니다. 다른 이의 제기를 하는 것은 이의 제기 절차의 레벨 2를 진행함을 의미합니다.

8.3절**단계별 설명: 병원 퇴원 날짜 변경을 위한 레벨 2 이의 제기 방법**

레벨 2 이의 제기를 하는 동안 귀하는 품질 개선 기관에 레벨 1 이의 제기에 대한 그들의 결정을 다시 한번 살펴보도록 요청합니다. 품질 개선 기관이 레벨 2 이의 제기에 동의하지 않으면 귀하의 예정된 퇴원 날짜 이후에 입원비 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하고 추가 검토를 요청합니다.

- 품질 개선 기관(QIO)이 귀하의 레벨 1 이의 제기를 *인정하지 않는다고* 답변한 날로부터 **역일 기준 60일 이내에** 해당 검토를 요청해야 합니다. 이 검토는 치료에 대한 귀하의 보장이 종료된 날짜 이후에 병원에 입원한 경우에만 요청할 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 귀하의 상황을 이차적으로 검토합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자는 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 다시 한 번 신중하게 검토하게 됩니다.

3단계: 레벨 2 이의 제기에 대한 요청 접수 후 역일 기준 14일 이내에 검토자는 이의 제기에 대해 결정을 내리고 그 결정에 대해 귀하에게 통보합니다.

검토 기관이 인정한다고 답변하는 경우:

- 품질 개선 기관이 레벨 1 이의 제기를 거절한 다음 날 정오부터 귀하가 받은 병원 치료 비용에 대한 당사의 분담금을 귀하에게 보상해야 합니다. 당사는 **의료적 필요성이 있는 기간 동안 병원 입원진료에 대한 보장을 계속 제공해야 합니다.**
- 귀하는 비용의 본인 분담금을 지불해야 하며 보장에 제한이 적용될 수 있습니다.

검토 기관이 인정하지 않는다고 답변하는 경우:

- 이는 레벨 1 이의 제기에 대한 해당 기관의 결정에 동의함을 의미합니다.
- 귀하에게 제공되는 통지서에는 검토 절차를 계속 진행하고자 할 경우 할 수 있는 일이 서면으로 제시됩니다.

4단계: 인정하지 않는다는 답변을 받는 경우 레벨 3을 진행하여 추가적으로 이의 제기를 하고자 하는지 여부를 결정해야 합니다.

- 레벨 2 이후에는 이의 제기 절차에 세 가지 추가 레벨이 있습니다(총 다섯 단계의 이의 제기). 레벨 3 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 레벨 2 이의 제기 후 받은 서면 통지서에 나와 있습니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 대리 심판관이 처리합니다. 이 장의 10절에서는 이의 제기 절차의 레벨 3, 4, 5에 대해 자세히 설명합니다.

8.4절 병원 퇴원 날짜 변경을 위한 레벨 1 이의 제기를 할 수 있는 기한을 놓치면 어떻게 됩니까?

법률 용어

신속 검토(또는 신속 이의 제기)는 **신속한 이의 제기**라고도 합니다.

대신 당사에 이의 제기를 하실 수 있습니다

위에서 설명한 바와 같이, 귀하는 신속한 조치를 통해 퇴원 날짜에 대한 레벨 1 이의 제기를 시작해야 합니다. 품질 개선 기관에 연락하기 위한 기한을 놓친 경우 다른 방법으로 이의 제기를 할 수 있습니다.

이 다른 방식을 사용하여 이의 제기를 하는 경우 *이의 제기의 첫 두 레벨이 달라집니다.*

단계별 설명: 레벨 1 대체 이의 제기를 하는 방법

1단계: 당사에 연락하여 신속 검토를 요청하십시오.

- **신속 검토를 요청하십시오.** 이것은 귀하가 표준 기한이 아닌 빠른 기한을 사용하여 답변을 제공하도록 요청한다는 의미입니다. 2장에 연락처 정보가 있습니다.

2단계: 당사는 귀하의 예정된 퇴원 날짜의 신속 검토를 실행하여 의료적으로 적절한지 확인합니다.

- 이 검토 과정에서 병원 입원에 대한 모든 정보를 살펴봅니다. 예정된 퇴원 날짜가 의학적으로 적절한지 확인합니다. 병원 퇴원 시점에 대한 결정이 공정하고 모든 규정을 준수했는지 확인합니다.

3단계: 신속 검토를 요청하신 후 72시간 이내에 당사의 결정을 제시해드립니다.

- **당사가 귀하의 이의 제기를 인정하는 경우,** 퇴원 날짜 이후에도 계속 입원해야 한다는 데 동의했음을 의미합니다. 의료상 필요한 기간 동안 귀하의 입원진료 병원 서비스를 계속 보장할 것입니다. 이는 또한 당사가 귀하의 보장이 종료되었다고 말한 날짜 이후 귀하가 받은 치료 비용의 당사 분담금을 귀하에게 보상하기로 동의했다는 것을 의미합니다(귀하는 비용의 본인 분담금을 지불해야 하며 보장에 제한이 적용될 수 있습니다).
- **당사가 귀하의 이의 제기에 동의하지 않을 경우,** 당사는 귀하의 예정된 퇴원 날짜가 의학적으로 적절하다고 말하는 것입니다. 입원진료 병원 서비스에 대한 당사의 보장은 당사가 종료될 것이라고 말한 날에 종료됩니다.
 - 예정된 퇴원 날짜 이후에 병원에 입원한 경우, 예정된 퇴원 날짜 *이후에* 받은 병원 진료비 **전액을** 지불해야 할 수 있습니다.

4단계: 당사가 귀하의 이의 제기에 동의하지 않을 경우, 귀하의 케이스는 자동으로 이의 제기 절차의 다음 단계로 넘어갑니다.

단계별 설명: 레벨 2 대체 이의 제기 절차

법률 용어
독립 검토 기관의 공식 명칭은 독립 검토 주체 이며, IRE 라고도 합니다.

독립 검토 기관은 Medicare에서 고용한 독립적인 조직입니다. 이 기관은 당사와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 당사의 결정이 올바른지 또는 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다. Medicare에서 이들의 업무를 감독합니다.

1단계: 당사는 귀하의 케이스를 독립 검토 기관에 자동으로 전달합니다.

- 귀하의 레벨 1 이의 제기를 인정하지 않는다고 답변한지 24시간 이내에 당사는 독립 검토 기관에 레벨 2 이의 제기를 위한 정보를 전달해야 합니다(당사가 이 기한 또는 기타 기한을 준수하지 않을 경우, 불만을 제기할 수 있습니다. 이 장의 11절은 불만을 제기하는 방법을 설명합니다).

2단계: 독립 검토 기관은 이의 제기의 신속 검토를 실행합니다. 검토자는 72시간 이내에 답변을 제공합니다.

- 독립 검토 기관의 검토자는 퇴원에 대한 이의 제기와 관련된 모든 정보를 신중하게 검토합니다.
- **이 기관이 귀하의 이의 제기를 인정하는 경우,** 귀하가 예정된 퇴원 날짜 이후에 받은 병원 치료 비용의 당사 분담금을 귀하에게 다시 지불해야 합니다. 또한 의료적 필요성이 있는 기간 동안 귀하의 입원진료 병원 서비스에 대한 플랜 보장을 계속 유지해야 합니다. 비용의 본인 분담금을 계속 납부해야 합니다. 보장에 제한이 있는 경우, 이로 인해 당사가 보상하는 금액 또는 귀하의 서비스에 대한 지속적인 보장 기간을 제한할 수 있습니다.
- **이 기관이 귀하의 이의 제기를 인정하지 않는 경우** 이는 예정된 병원 퇴원 날짜가 의학적으로 적절하다는 데 동의함을 의미합니다.
 - 독립 검토 기관으로부터 받은 서면 통지에는 행정법 판사나 대리 심판관이 처리하는 레벨 3 이의 제기를 시작하는 방법이 안내됩니다.

3단계: 독립 검토 기관이 이의 제기를 인정하지 않는 경우, 다시 이의 제기를 진행할 것인지 선택합니다.

- 레벨 2 이후에는 이의 제기 절차에 세 가지 추가 레벨이 있습니다(총 다섯 단계의 이의 제기). 검토자가 레벨 2 이의 제기를 인정하지 않는 경우, 해당 결정을 받아들일지 혹은 레벨 3 이의 제기를 할지 여부를 결정합니다.
- 이 장의 10절에서는 이의 제기 절차의 레벨 3, 4, 5에 대해 자세히 설명합니다.

9절 귀하의 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각되는 경우 당사에 특정 의료 서비스에 대해 계속 보장을 요청하는 방법

9.1절 이 절은 세 가지 서비스에 한한 내용입니다 가정방문치료, 전문요양시설 케어 및 종합 외래환자 재활 시설 (CORF) 서비스

가정방문치료, 전문요양시설 케어 또는 재활 치료(종합 외래환자 재활 시설)를 보장받는 경우, 귀하는 질병이나 부상을 진단 및 치료하기 위해 필요한 해당 유형의 치료에 대한 서비스를 계속 받을 권리가 있습니다.

당사가 귀하를 위한 세 가지 유형의 치료에 대한 보장을 중단할 시기라고 결정할 경우, 사전에 귀하에게 알려야 합니다. 해당 치료에 대한 보장이 종료되면 귀하의 치료에 대한 당사의 분담금 지급을 중단합니다.

귀하의 치료 보장을 너무 일찍 종결시킨다고 생각하는 경우, 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 이 절에서는 이의 제기 방법을 설명합니다.

9.2절 보장 종료 시 사전에 통지해드리겠습니다

법률 용어

Medicare 비보장 통지. 신속 이의 제기 요청 방법을 설명합니다. 신속 이의 제기 요청은 귀하의 치료 중단 시기에 대한 당사의 보장 결정에 대한 변경을 요청하는 공식적이고 법률적인 방법입니다.

1. 플랜에서 치료 보장을 중지하기 최소 2일 전에 **귀하는 서면 통지를 받습니다.** 해당 통지는 다음을 설명합니다.
 - 당사가 귀하의 치료에 대한 보장을 중단하는 날짜
 - 신속 이의 제기를 요청하여 보다 오랜 기간 동안 치료에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 방법
2. 귀하 또는 귀하를 대신하는 사람은 통지를 받았음을 보여 주기 위해 서면 통지서에 서명할 것을 **요청받게 됩니다.** 통지서에 서명을 함으로써 귀하의 보장 종료 시점에 대한 정보를 받았다는 사실만을 나타냅니다. 통지서 서명은 플랜의 치료 중단 결정에 동의함을 의미하지 않습니다.

9.3절 단계별 설명: 더 오랜 기간 동안 귀하의 치료에 대한 당사 플랜 보장을 위한 레벨 1 이의 제기 방법

더 오랜 기간 동안 귀하의 치료에 대한 당사 보장을 요청하고자 하면 이의 제기 절차를 사용하여 해당 요청을 해야 합니다. 시작하기 전에 해야 할 일과 기한을 파악하십시오.

- 해당 절차를 따르십시오.
- 기한을 준수하십시오.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

- **필요한 경우 도움을 요청하십시오.** 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우 언제든지 고객지원팀에 문의하십시오. 또는 개인 맞춤형 지원을 제공하는 정부 기관인 주 건강 보험 지원 프로그램에 연락하십시오.

레벨 1 이의 제기가 진행되는 동안 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다. 치료 종료일이 의학적으로 적절한지 결정합니다.

1단계: 레벨 1 이의 제기: 품질 개선 기관에 연락하여 신속 이의 제기를 요청합니다. 요청은 신속하게 진행해야 합니다.

이 기관에 어떻게 연락할 수 있습니까?

- 귀하가 받은 서면 통지(Medicare 비보장에 대한 통지)에는 이 기관에 연락하는 방법이 나와 있습니다 (해당 주의 품질 개선 기관(QIO)의 이름, 주소 및 전화번호는 2장에서 확인할 수 있습니다).

신속히 조치를 취하십시오.

- 귀하는 Medicare 비보장에 대한 통지의 **발효일 전날 정오까지** 이의 제기를 시작하기 위해 품질 개선 기관에 연락해야 합니다.
- 품질 개선 기관에 연락할 수 있는 기한을 놓쳤지만 여전히 이의 제기를 원하는 경우, 귀하는 대신 당사에 직접 이의를 제기해야 합니다. 이런 다른 방식으로 이의 제기를 하는 방법에 대한 자세한 내용은 9.5절을 참조하십시오.

2단계: 품질 개선 기관은 케이스에 대한 독립적인 검토를 수행합니다.

법률 용어
비보장에 대한 상세 설명. 보장 종료 사유에 대한 자세한 내용을 제공하는 통지입니다.

이 검토 중에 어떤 일이 발생합니까?

- 품질 개선 기관의 의료 전문가(검토자)는 귀하(또는 귀하의 대리인)에게 서비스 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 물을 것입니다. 서면으로 준비해야 할 사항은 없지만 원하는 경우 준비할 수 있습니다.
- 또한 검토 기관은 또한 귀하의 의료 정보를 살펴보고, 담당 의사와 상담하며, 병원 및 당사의 플랜이 제공한 정보를 검토합니다.
- 검토자가 귀하의 이의 제기에 관하여 당사에 통지한 날 자정까지 귀하는 서비스에 대한 당사의 보장 종결 사유가 자세히 설명된 **비보장에 대한 상세 설명**을 받게 됩니다.

3단계: 필요한 모든 정보를 얻은 후 1일 이내에 검토자가 결정을 알려줄 것입니다.

검토자가 인정한다고 답변하면 어떻게 됩니까?

- 검토자가 귀하의 이의 제기를 **인정**하는 경우 당사는 귀하의 보장 서비스를 **의료적 필요성이 지속되는 동안 계속 제공해야 합니다.**
- 귀하의 비용 부담금(해당하는 경우, 공제금 또는 공동 부담금 등)을 계속해서 지불해야 합니다. 보장 서비스에 제한이 있을 수 있습니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**검토자가 인정하지 않는다고 답변하면 어떻게 됩니까?**

- 검토자가 동의하지 않으면 귀하의 보장은 당사가 언급한 날짜에 종료됩니다.
- 보장이 종료되는 날 이후에 가정방문치료, 전문요양시설 케어 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 계속 이용하기로 결정한 경우 귀하는 이 치료에 대한 전액을 직접 지불해야 합니다.

4단계: 레벨 1 이의 제기를 인정하지 않는다는 답변을 받는 경우 또 다른 이의 제기를 하고자 하는지 여부를 결정합니다.

- 검토자가 레벨 1 이의 제기를 인정하지 않는다고 답변했지만 귀하가 치료 보장이 종료된 이후에도 계속 치료를 받기로 결정한 경우 레벨 2 이의 제기를 할 수 있습니다.

9.4절**단계별 설명: 더 오랜 기간 동안 귀하의 치료에 대한 당사 플랜 보장을 위한 레벨 2 이의 제기 방법**

레벨 2 이의 제기를 하는 동안 귀하는 품질 개선 기관에 레벨 1 이의 제기에 대한 결정을 다시 한번 살펴보도록 요청합니다. 품질 개선 기관이 레벨 2 이의 제기에 동의하지 않으면, 귀하의 가정방문치료, 전문요양시설 케어 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스 비용 전액을 당사가 귀하의 보장이 종료된다고 통보한 날짜 이후에 지불해야 할 수 있습니다.

1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하고 추가 검토를 요청합니다.

- 품질 개선 기관에서 레벨 1 이의 제기에 인정하지 않는다고 답변한 날로부터 귀하는 **60일 이내**에 해당 검토를 요청해야 합니다. 이 검토는 치료에 대한 보장이 종료된 날짜 이후에 계속 치료를 받은 경우에만 요청할 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 귀하의 상황을 이차적으로 검토합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자는 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 다시 한 번 신중하게 검토하게 됩니다.

3단계: 이의 제기 요청을 받은 후 14일 이내에 검토자는 이의 제기에 대한 결정을 내리고 그 결정을 통보합니다.**검토 기관에서 인정한다고 답변하면 어떻게 됩니까?**

- 당사는 귀하의 보장이 종료되었다고 말한 날짜 이후 귀하가 받은 치료 비용의 당사 분담금을 귀하에게 보상해야 합니다. 의료적 필요성이 있는 기간 동안 당사는 치료에 대한 보장을 계속 제공해야 합니다.
- 귀하는 귀하의 비용 분담금을 계속 지불해야 하며 보장 제한이 적용될 수 있습니다.

검토 기관에서 인정하지 않는다고 답변하면 어떻게 됩니까?

- 이는 레벨 1 이의 제기에 대한 당사의 결정에 동의함을 의미합니다.
- 귀하에게 제공되는 통지서에는 검토 절차를 계속 진행하고자 할 경우 할 수 있는 일이 서면으로 제시됩니다. 이는 행정법 판사나 대리 심판관이 처리하는 다음 레벨의 이의 제기 진행 방법에 대한 세부 정보를 제공합니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**4단계: 인정하지 않는다는 답변을 받는 경우 추가 이의 제기를 원하는지 여부를 결정해야 합니다.**

- 레벨 2 이후에는 이의 제기 절차에 세 가지 추가 레벨로 총 다섯 단계의 이의 제기가 있습니다. 레벨 3 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 레벨 2 이의 제기 후 받은 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 대리 심판관이 처리합니다. 이 장의 10절에서는 이의 제기 절차의 레벨 3, 4, 5에 대해 자세히 설명합니다.

9.5절 레벨 1 이의 제기를 할 수 있는 기한을 놓치면 어떻게 됩니까?**대신 당사에 이의 제기를 하실 수 있습니다**

위에서 설명한 바와 같이 레벨 1 이의 제기를 시작하기 위해 품질 개선 기관에 연락하기 위해 빠르게 행동해야 합니다(최대 하루 또는 이틀 이내). 이 기관에 연락하기 위한 기한을 놓친 경우 다른 방법으로 이의 제기를 할 수 있습니다. 이 다른 방식을 사용하여 이의 제기를 하는 경우 *이의 제기의 첫 두 레벨이 달라집니다.*

단계별 설명: 레벨 1 대체 이의 제기를 하는 방법

법률 용어
신속 검토(또는 신속 이의 제기)는 신속한 이의 제기 라고도 합니다.

1단계: 당사에 연락하여 신속 검토를 요청하십시오.

- **신속 검토를 요청하십시오.** 이것은 귀하가 표준 기한이 아닌 빠른 기한을 사용하여 답변을 제공하도록 요청한다는 의미입니다. 2장에 연락처 정보가 있습니다.

2단계: 당사는 귀하의 서비스 보장 종료 시점에 대한 결정을 위해 신속 검토를 수행합니다.

- 이 검토 과정에서 귀하의 케이스에 대한 모든 정보를 다시 살펴보게 됩니다. 당사는 귀하가 받고 있던 서비스에 대한 플랜 보장을 종료하는 날짜를 설정할 때 모든 규칙을 따르고 있었는지 확인합니다.

3단계: 신속 검토를 요청하신 후 72시간 이내에 당사의 결정을 제시해드립니다.

- **당사가 귀하의 이의 제기를 받아들이는 경우,** 이는 당사가 귀하에게 해당 의료 서비스가 더 오랜 기간 필요하다는 데 동의하며 따라서 의료적 필요성이 있는 기간 동안 보장 서비스를 계속 제공할 것이라는 의미입니다. 이는 또한 당사가 귀하의 보장이 종료되었다고 말한 날짜 이후 귀하가 받은 치료 비용의 당사 분담금을 귀하에게 보상하기로 동의했다는 것을 의미합니다(귀하는 비용의 본인 분담금을 지불해야 하며 보장에 제한이 적용될 수 있습니다).
- **당사가 귀하의 이의 제기를 인정하지 않는 경우,** 귀하의 보장은 당사가 명시한 날짜에 종료되며, 이날 이후에는 비용의 어떤 분담금도 지불하지 않습니다.
- 귀하의 보장이 종료된다고 통보한 날짜 *이후에* 가정방문치료, 전문요양시설 케어 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 계속 이용할 경우, **귀하는 해당 치료로 발생하는 비용 일체를 지불해야 합니다.**

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

4단계: 당사가 귀하의 신속 이의 제기에 대해 인정하지 않는 경우, 귀하의 케이스는 자동으로 이의 제기 절차의 다음 단계로 넘어갑니다.

법률 용어
독립 검토기관의 공식 명칭은 독립 검토 주체 이며, IRE라고도 합니다.

단계별 설명: 레벨 2 대체 이의 제기 절차

레벨 2 이의 제기 중에 **독립 검토 기관**은 신속 이의 제기에 대해 당사가 내린 결정을 검토합니다. 이 기관은 당사의 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다. **독립 검토 기관은 Medicare에서 고용한 독립적인 조직입니다.** 이 기관은 당사의 플랜과 연관되어 있지 않으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 독립 검토기관으로서 업무를 처리하기 위해 Medicare에서 선택한 회사입니다. Medicare에서 이들의 업무를 감독합니다.

1단계: 당사는 귀하의 케이스를 독립 검토 기관에 자동으로 전달합니다.

- 귀하의 레벨 1 이의 제기를 인정하지 않는다고 답변한지 24시간 이내에 당사는 독립 검토 기관에 레벨 2 이의 제기를 위한 정보를 전달해야 합니다(당사가 이기한 또는 기타 기한을 준수하지 않을 경우, 불만을 제기할 수 있습니다. 이 장의 11절은 불만을 제기하는 방법을 설명합니다).

2단계: 독립 검토 기관은 이의 제기의 신속 검토를 실행합니다. 검토자는 72시간 이내에 답변을 제공합니다.

- 독립 검토 기관의 검토자는 이의 제기와 관련된 모든 정보를 신중하게 검토합니다.
- **이 기관이 귀하의 이의 제기를 인정하는 경우**, 당사가 귀하의 보장이 종료되었다고 말한 날짜 이후 귀하가 받은 치료 비용의 당사 부담금을 귀하에게 다시 지급해야 합니다. 또한 의료적 필요성이 있는 한 치료에 대한 보장을 계속하여 제공해야 합니다. 비용의 본인 부담금을 계속 납부해야 합니다. 보장에 제한이 있는 경우, 이로 인해 당사가 보상하는 금액 또는 귀하의 서비스에 대한 지속적인 보장 기간을 제한할 수 있습니다.
- **이 기관이 귀하의 이의 제기를 인정하지 않는다고** 답변한 경우, 이는 귀하의 최초 이의 제기에 대한 당사의 결정에 동의하며 이를 반복하지 않을 것임을 의미합니다.
- 독립 검토 기관에서 제공하는 통지서는 레벨 3 이의 제기를 진행하고자 할 경우 할 수 있는 일에 대해 서면으로 알려드립니다.

3단계: 독립 검토 기관이 이의 제기를 인정하지 않는다고 답변한 경우, 다시 이의 제기를 진행할 것인지 선택합니다.

- 레벨 2 이후에는 이의 제기 절차에 세 가지 추가 레벨로 총 다섯 단계의 이의 제기가 있습니다. 레벨 3 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 레벨 2 이의 제기 후 받은 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사나 대리 심판관이 검토합니다. 이 장의 10절에서는 이의 제기 절차의 레벨 3, 4, 5에 대해 자세히 설명합니다.

10절 레벨 3 이상으로 이의 제기하기

10.1절 의료 서비스 요청에 대한 이의 제기 레벨 3, 4, 5

이 절은 레벨 1과 레벨 2의 이의 제기를 한 경우, 그리고 이 두 레벨의 이의 제기가 모두 거부된 경우에 해당합니다.

이의 제기 대상인 품목이나 의료 서비스의 달러 가치가 특정한 최소 수준을 충족하는 경우, 더 높은 레벨의 이의 제기를 진행할 수 있습니다. 달러 가치가 최소 수준에 미치지 못하는 경우에는 더 높은 단계로 이의 제기를 할 수 없습니다. 레벨 2 이의 제기에 대해 받은 서면 답변에는 레벨 3 이의 제기를 하는 방법이 설명되어 있습니다.

이의 제기와 관련한 대부분의 상황에서 마지막 레벨 3개의 이의 제기는 거의 동일한 방식으로 진행됩니다. 각 레벨에서 이의 제기 검토자는 다음과 같습니다.

레벨 3 이의 제기 **행정법 판사 또는 연방 정부 소속의 대리 심판관이** 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다.

- **행정법 판사 또는 대리 심판관이 이의 제기를 인정하는 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.** 레벨 2 이의 제기의 결정과 달리, 당사는 사용자에게 유리한 레벨 3의 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 당사가 이의 제기하도록 결정하면 레벨 4 이의 제기가 진행됩니다.
 - 이 결정에 대해 이의를 제기하지 *않기*로 결정한 경우, 당사는 행정법 판사 또는 대리 심판관의 결정을 받은 날로부터 역일 기준 60일 이내에 의료 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.
 - 결정에 대해 이의 제기를 하는 경우, 당사는 레벨 4 이의 제기 요청 사본과 관련 문서를 보내드립니다. 당사는 분쟁 대상 의료 서비스를 승인하거나 제공하기 전에 레벨 4 이의 제기 결정을 기다릴 수 있습니다.
- **행정법 판사 또는 대리 심판관이 이의 제기를 인정하지 않을 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.**
 - 이의 제기 거부 결정을 수락하면, 해당 이의 제기 절차는 종료됩니다.
 - 결정을 수락하지 않을 경우, 다음 단계의 검토 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지는 레벨 4 이의 제기를 위해 무엇을 해야 하는지 알려줍니다.

레벨 4 이의 제기 **Medicare 이의 제기 심사 위원회(위원회)**는 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방 정부 소속입니다.

- **위원회에서 이의 제기를 인정하거나, 유리한 레벨 3 이의 제기 결정 검토에 관한 당사의 요청을 거부할 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.** 레벨 2의 결정과 달리, 당사는 사용자에게 유리한 레벨 4의 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 당사는 이 결정에 대해 레벨 5 이의 제기를 진행할지 여부를 결정합니다.
 - 이 결정에 대해 이의를 제기하지 *않기*로 결정한 경우, 당사는 위원회의 결정을 받은 후 역일 기준 60일 이내에 의료 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

- 이 결정에 대해 이의를 제기하기로 결정한 경우에는 서면으로 알려드릴 것입니다.
- **이의 제기가 인정되지 않거나 위원회가 검토 요청을 거부한 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.**
 - 이의 제기 거부 결정을 수락하면, 해당 이의 제기 절차는 종료됩니다.
 - 결정을 수락하지 않은 경우, 다음 단계의 검토 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 위원회가 이의 제기를 인정하지 않은 경우, 통지에는 규칙에 따라 레벨 5 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 레벨 5 이의 제기를 계속하는 방법이 나와 있습니다.

레벨 5 이의 제기 연방지방법원의 판사가 이의 제기를 검토합니다.

- 판사는 모든 정보를 검토하고 귀하의 요청에 대해 **인정** 또는 **기각**을 결정할 것입니다. 이것은 최종 답변입니다. 연방지방법원 이후로는 진행할 수 있는 이의 제기 단계가 없습니다.

10.2절 파트 D 약품 요청에 관한 레벨 3, 4, 5 이의 제기

이 절은 레벨 1과 레벨 2의 이의 제기를 한 경우, 그리고 이 두 레벨의 이의 제기가 모두 거부된 경우에 해당합니다.

이의 제기한 약물의 가치가 특정한 달러 금액을 충족할 경우, 다음 단계의 이의 제기를 계속 진행할 수 있습니다. 달러 금액이 적으면 더 이상 이의를 제기할 수 없습니다. 레벨 2 이의 제기에 대해 받은 서면 답변은 레벨 3 이의 제기를 요청할 경우 누구에게 연락하고 어떻게 조치해야 하는지 설명합니다.

이의 제기와 관련한 대부분의 상황에서 마지막 레벨 3개의 이의 제기는 거의 동일한 방식으로 진행됩니다. 각 레벨에서 이의 제기 검토자는 다음과 같습니다.

레벨 3 이의 제기 행정법 판사 또는 연방 정부 소속의 대리 심판관이 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다.

- **이의 제기가 인정되는 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료됩니다.** 당사는 결정을 받은 후 **72 시간 이내 (신속 이의 제기의 경우 24시간 이내)**에 행정법 판사나 대리 심판관이 인정한 **의약품 보장을 승인 또는 제공하거나, 역일 기준 30일 이내에 지불**해야 합니다.
- **이의 제기가 인정되지 않은 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.**
 - 이의 제기 거부 결정을 수락하면, 해당 이의 제기 절차는 종료됩니다.
 - 결정을 수락하지 않을 경우, 다음 단계의 검토 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지는 레벨 4 이의 제기를 위해 무엇을 해야 하는지 알려줍니다.

레벨 4 이의 제기 Medicare 이의 제기 심사 위원회(위원회)는 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방 정부 소속입니다.

- **이의 제기가 인정되는 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료됩니다.** 당사는 결정을 받은 후 **72시간 이내 (신속 이의 제기의 경우 24시간 이내)**에 위원회가 인정한 **의약품 보장을 승인 또는 제공하거나, 역일 기준 30일 이내에 지불**해야 합니다.
- **이의 제기가 인정되지 않은 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.**

- 이의 제기 거부 결정을 수락하면, 해당 이의 제기 절차는 종료됩니다.
- 결정을 수락하지 않은 경우, 다음 단계의 검토 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 위원회가 이의 제기를 인정하지 않거나 이의 제기 검토 요청을 거부하는 경우, 규칙에 따라 레벨 5를 계속 진행할 수 있는지 여부를 알려 드립니다. 또한 이의 제기를 계속 진행하기로 선택했을 때 누구에게 연락하고 어떻게 조치해야 하는지 안내합니다.

레벨 5 이의 제기

연방지방법원의 판사가 이의 제기를 검토합니다.

- 판사는 모든 정보를 검토하고 귀하의 요청에 대해 인정 또는 기각을 결정할 것입니다. 이것은 최종 답변입니다. 연방지방법원 이후로는 진행할 수 있는 이의 제기 단계가 없습니다.

11절

의료의 질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 관한 불만 제기 방법

11.1절

불만 제기 절차를 통해 어떤 문제를 다룰 수 있습니까?

불만 제기 절차는 특정 유형의 문제에만 적용됩니다. 여기에는 의료의 질, 대기 시간 및 고객 서비스와 관련한 문제가 포함됩니다. 불만 제기 절차를 통해 다룰 수 있는 문제의 예는 다음과 같습니다.

불만	예
의료의 질	• 의료의 질(병원 내 진료 포함)이 만족스럽지 않으셨습니까?
개인정보보호	• 다른 사람이 귀하의 개인정보보호 권리를 존중하지 않았거나 기밀 정보를 공유했습니까?
부당한 대우, 고객 서비스 불량 또는 기타 부정적인 행동	• 무례하거나 부당한 대우를 받으셨습니까? • 고객지원팀에 만족하지 않으십니까? • 플랜에서 탈퇴하도록 종용받는다고 느끼신 적이 있습니까?
대기 시간	• 진료 예약을 잡기 어렵거나, 대기 시간이 너무 길다고 생각하십니까? • 의사, 약사 또는 기타 의료 전문가를 만나기까지 너무 오래 기다린 적이 있습니까? 고객지원팀 또는 플랜의 다른 직원이 오래 기다리게 한 적이 있습니까? - 예를 들어, 전화 연결, 처방 또는 검사실 이용을 위한 대기 시간이 너무 긴 경우가 포함됩니다.
청결도	• 진료소, 병원 또는 의사 진료실의 청결도 또는 상태에 만족하지 못하셨습니까?
당사가 제공한 정보	• 필요한 통지를 제공받지 못했습니까? • 당사의 서면 정보가 이해하기 어렵습니까?

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

불만	예
적시성 (이러한 유형의 불만은 모두 보장 결정 및 이의 제기와 관련한 당사 조치의 적시/성을 의미합니다)	보장 결정 요청이나 이의 제기를 했거나, 당사가 적시에 신속하게 응하지 않는다고 여겨지는 경우에는 당사의 지체와 관련하여 별도로 불만을 제기할 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다. • 당사에 신속한 보장 결정 또는 신속 이의 제기를 요청했으나 당사가 그러한 요청에 응할 수 없다고 한 경우, 불만을 제기할 수 있습니다. • 당사가 보장 결정 또는 이의 제기에 대한 기한을 준수하지 않았다고 생각하는 경우, 귀하는 불만을 제기할 수 있습니다. • 당사가 특정 의약품, 서비스 또는 승인된 약에 대한 보장이나 상환에 대한 기한을 준수하고 있지 않다고 생각하는 경우, 귀하는 불만을 제기할 수 있습니다. • 당사가 귀하의 케이스를 독립 검토 기관에 전달하는 데 필요한 기한을 충족하지 못했다고 생각하는 경우, 귀하는 불만을 제기할 수 있습니다.

11.2절 불만 제기 방법**법률 용어**

- 불만은 **고충**이라고도 합니다.
- 불만 제기는 **고충 제기**라고도 합니다.
- 불만 처리 절차 사용은 **고충 제기 절차 사용**이라고도 합니다.
- 신속 불만은 **신속 고충**이라고도 합니다.

11.3절 단계별 설명: 불만 제기**1단계: 전화 또는 서면으로 즉시 당사에 연락합니다.**

- 일반적으로 고객지원팀에 전화하는 것이 첫 번째 단계입니다. 필요한 다른 조치가 있으면 고객지원팀에서 알려드립니다.
- 전화를 원하지 않은 경우에는(또는 전화 통화를 하였으나 만족스럽지 않은 경우) 서면으로 불만 사항을 작성하여 당사에 보내실 수 있습니다. 불만 사항을 서면으로 작성하여 제출한 경우, 당사는 해당 사항에 대해 서면으로 답변합니다.

• 고충 제기 지침

고객지원팀(1-800-457-4708, TTY 711)에 전화하여 구두로 고충을 제기합니다.

서면으로 작성한 고충을 다음 주소로 발송합니다.

Humana Grievances and Appeals Dept.

P.O. Box 14165

Lexington, KY 40512-4165

9장 문제가 발생하거나 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

고충 제기 시 다음 정보를 제공해 주십시오.

- ☐ 이름
- ☐ 주소
- ☐ 전화번호
- ☐ 가입자 ID 번호
- ☐ 불만 및 해당 사항과 관련하여 당사와 이전에 연락한 모든 내용의 요약
- ☐ 당사에 요청한 조치
- ☐ 본인 또는 공식 대리인의 서명 및 날짜 친구, 친척, 의사나 다른 의료 제공자, 또는 다른 특정인이 본인의 대리인이 되기를 원할 경우, 고객지원팀에 전화하여(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨) 대리인 선임 양식을 요청하십시오(이 양식은 Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf에서도 확인할 수 있습니다). 이 양식은 특정인에게 본인을 대리할 수 있는 권한을 부여합니다. 이 양식에는 본인과 본인의 대리인으로 지정하고자 하는 특정인이 서명해야 합니다. 서명된 양식 1부를 당사에 제공해야 합니다.

• 고충의 신속 검토를 위한 옵션

고충에 대한 신속 검토를 요청할 수 있습니다. 접수된 고충이 다음과 같은 상황 중 하나에 해당하는 경우, 당사는 접수일로부터 24시간 이내에 답변해 드립니다.

- 당사가 기관 판단/재고려를 위해 기간을 연장했으나, 이보다 빠르게 결정이 이루어져야 한다고 생각하는 경우
- 당사가 72시간 조직/보장 결정에 대한 신속 검토 요청을 거부한 경우
- 당사가 72시간 이의 제기의 신속 검토 요청을 거부한 경우

고충의 신속 검토를 원하는 경우, 고객지원팀에 전화하는 것이 가장 좋습니다. 우편으로 요청하는 경우, 당사는 우편물을 수신하였음을 전화로 알려드립니다.

- 불만 제기에 대한 **기한**은 불만 사항을 제기하고자 하는 문제가 발생한 날로부터 역일 기준 60 일입니다.

2단계: 당사가 불만 사항을 살펴보고 답변을 제공합니다.

- **가능한 경우, 당사는 즉시 답변해 드립니다.** 전화로 불만을 제기한 경우, 당사는 전화 통화를 하며 바로 답변해 드릴 수 있습니다.
- **대부분의 불만 사항에 대해서는 역일 기준 30일 이내에 답변이 제공됩니다.** 당사에서 더 많은 정보를 확인해야 하고, 귀하에게 지연이 가장 큰 문제가 되거나 귀하가 더 많은 시간을 요청하는 경우, 해당 불만에 대해 답변하기까지 역일 기준 최대 14일(역일 기준 총 44일)이 더 소요될 수 있습니다. 추가 일수가 결정되면 서면으로 알려드립니다.
- **당사가 신속한 보장 결정 또는 신속 이의 제기 요청을 거부한 사항에 대하여 불만을 제기하는 경우, 당사는 해당 사항을 자동으로 신속 불만으로 처리합니다.** 신속 불만을 제기할 경우 당사는 해당 사항에 대하여 **24시간 이내에 답변**한다는 것을 의미합니다.
- 불만 사항의 일부 또는 전부에 대하여 **당사가 동의하지 않거나** 불만을 제기한 문제에 관한 책임이 없는 경우, 당사는 답변에 이유를 포함할 것입니다.

11.4절 품질 개선 기관(QIO)에도 의료의 질에 대한 불만을 제기할 수 있습니다

제기하는 불만이 의료의 질에 관한 것인 경우, 다음과 같이 두 가지 추가 옵션이 있습니다.

- **품질 개선 기관(QIO)에 직접 불만을 제기할 수 있습니다.** 품질 개선 기관은 Medicare 환자에게 제공되는 치료의 확인 및 개선을 목적으로 연방 정부가 비용을 지원하는 단체로, 의사 및 기타 의료 전문가 단체로 구성됩니다. 2장에 연락처 정보가 있습니다.

또는

- 귀하는 품질 개선 기관과 당사 모두에게 동시에 불만을 제기할 수 있습니다.

11.5절 Medicare에도 불만을 제기할 수 있습니다

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에 대한 불만 사항을 Medicare에 직접 제출할 수 있습니다. Medicare에 불만 사항을 제출하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx로 이동하십시오. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화할 수도 있습니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

Medicaid 혜택에 대한 문제**12절 Medicaid 혜택에 대한 문제 처리**

Medicaid 혜택과 관련한 문제가 있는 경우, Apple Health(Medicaid)의 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 자료 A에서 확인할 수 있습니다. 이 절차에 대한 지원이 필요한 경우 고객지원팀에 문의할 수 있습니다.

10장 플랜 멤버십 종료

10장:
플랜 멤버십 종료

10장 플랜 멤버십 종료**1절 플랜 멤버십 종료 안내**

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 멤버십 종료는 **자발적**(본인의 선택)이거나, **비자발적**(본인의 선택이 아님)일 수 있습니다.

- 플랜에서 탈퇴할 것을 스스로 결정함에 따라 멤버십을 종료할 수 있습니다. 2절과 3절에는 자발적으로 가입을 종료하는 방법에 대한 정보가 나와 있습니다.
- 일부 상황에서는 회원이 탈퇴를 선택하지 않아도 당사에서 회원의 멤버십을 종료해야 합니다. 5절에서는 당사가 멤버십을 종료해야 하는 상황에 대해 설명합니다.

당사 플랜을 탈퇴하실 경우, 당사 플랜은 귀하의 의료 서비스 및 처방약을 계속 제공해야 하며, 가입 자격이 종료될 때까지 비용 부담금을 계속 지불합니다.

2절 플랜 멤버십을 언제 종료할 수 있습니까?**2.1절 Medicare 및 Medicaid를 보유하고 있으므로 멤버십을 종료할 수 있습니다**

Medicare를 보유한 대부분의 가입자는 해당 연도의 특정 기간에만 멤버십을 종료할 수 있습니다. Medicaid를 보유하고 있기 때문에 당사의 플랜 멤버십을 종료하거나 다음과 같은 특별 가입 기간 동안 한 번씩 다른 플랜으로 전환할 수 있습니다.

- 1~3월
- 4~6월
- 7~9월

이 기간 중 플랜에 가입한 경우 멤버십을 종료하거나 다른 플랜으로 전환하려면 다음 기간까지 기다려야 합니다. 10월부터 12월 사이에는 이 특별 가입 기간을 사용하여 멤버십을 종료할 수 없습니다. 그러나 Medicare를 사용하는 모든 사람들은 연례 가입 기간 중 10월 15일~12월 7일까지 변경이 가능합니다.

2.2절에서는 연례 가입 기간에 대해 자세히 설명합니다.

- 다음 Medicare 유형 중 하나를 선택합니다.
 - 처방약 보장 여부와 상관 없이 다른 Medicare 건강 플랜
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함한 Original Medicare
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함하지 않는 Original Medicare
 - > 이 옵션을 선택하면 자동 가입을 취소하지 않는 한 Medicare에서 약물 플랜에 가입할 수 있습니다.

참고: Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 신뢰할 수 있는 처방약 보장 없이 연속적으로 63일 이상이 지난 경우, 이후에 Medicare 처방약 플랜에 가입할 때 파트 D 지연 가입 가산금을 지불해야 할 수도 있습니다.

10장 플랜 멤버십 종료

Medicaid 플랜 옵션에 대해 알아보려면 Apple Health(Medicaid)에 문의하십시오(전화번호는 이 책자의 2장 6절에 나와 있음).

- **멤버십은 언제 종료됩니까?** 멤버십은 일반적으로 변경 요청이 접수된 후 해당 월의 1일에 종료됩니다. 새 플랜 가입도 이날부터 시작됩니다.

2.2절 연례 가입 기간에 멤버십을 종료할 수 있습니다

연례 가입 기간(또는 연례 공개 가입 기간)에 멤버십을 종료할 수 있습니다. 이 기간 동안 귀하의 건강 및 의약품 보장을 검토하고 다음 해의 보장에 대해 결정하십시오.

- **연례 가입 기간은 10월 15일~12월 7일입니다.**
- **현재 보장을 유지하거나 다음 연도의 보장을 변경합니다.** 새로운 플랜으로 변경하기로 결정한 경우, 다음 유형의 플랜 중 하나를 선택할 수 있습니다.
 - 처방약 보장 여부와 상관 없이 다른 Medicare 건강 플랜
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함한 Original Medicare

또는

 - 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함하지 않는 Original Medicare
- **현재 멤버십은 1월 1일에 새로운 플랜 보장이 시작될 때 당사 플랜에서 종료됩니다.**

처방약 지불을 위해 Medicare로부터 "부가 지원"을 받은 경우: Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않는 경우, 자동 가입을 거부하지 않는 한 Medicare의 의약품 플랜에 가입할 수 있습니다.

참고: Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 신뢰할 수 있는 처방약 보장 없이 연속적으로 최소 63일이 지난 경우, 이후에 Medicare 처방약 플랜에 가입할 때 파트 D 지연 가입 가산금을 지불해야 할 수 있습니다.

2.3절 Medicare Advantage 공개 가입 기간에 멤버십을 종료할 수 있습니다

의료보장은 **Medicare Advantage 공개 가입 기간**에 1회에 한하여 변경할 수 있습니다.

- **연간 Medicare Advantage 공개 가입 기간**은 1월 1일부터 3월 31일까지입니다.
- **연간 Medicare Advantage 공개 가입 기간 동안** 다음을 수행할 수 있습니다.
 - 처방약 보장에 여부에 관계없이 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환할 수 있습니다.
 - 당사의 플랜을 탈퇴하고 Original Medicare를 통해 보장을 받을 수 있습니다. 이 기간 동안 Original Medicare로의 전환을 선택한 경우, 해당 시점에 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입할 수도 있습니다.
- 다른 Medicare Advantage 플랜에 가입하거나 당사가 Original Medicare로 전환 요청을 받은 후 해당 월의 1일에 **멤버십이 종료됩니다.** 또한 Medicare 처방약 플랜 가입을 선택한 경우, 처방약 플랜 멤버십은 가입 요청 후 해당 월의 1일에 시작됩니다.

10장 플랜 멤버십 종료**2.4절 특정한 상황에서는 특별 가입 기간에 멤버십을 종료할 수 있습니다**

특정한 상황에서는 연중 다른 시기에 플랜에서 탈퇴할 수 있습니다. 이 시기는 **특별 가입 기간**을 말합니다.

- 다음과 같은 상황이 발생하면 **특별 가입 기간 동안 멤버십을 종료할 수 있습니다**. 다음은 일부 사례입니다. 전체 목록을 확인하려면 플랜 담당자 또는 Medicare에 문의하거나, Medicare 웹사이트 (www.medicare.gov)를 방문하시기 바랍니다.
 - 일반적으로, 이사했을 때.
 - Apple Health(Medicaid)의 지원 대상자인 경우.
 - Medicare 처방에 대한 지불과 함께 "부가 지원"을 받을 자격이 있는 경우.
 - 당사가 계약을 위반한 경우.
 - 요양원 또는 장기요양(LTC) 병원과 같은 기관에서 치료를 받는 경우.
 - 포괄적 노인 관리 프로그램(PACE)에 가입한 경우.

참고: 약 관리 프로그램을 이용하는 경우에는 플랜을 변경할 수 없습니다. 5장 10절에서는 약 관리 프로그램에 대해 자세히 설명합니다.

참고: 2.1절에서는 Medicaid를 사용하는 사람들을 위한 특별 가입 기간에 대해 자세히 설명합니다.

- **가입 기간은 상황에 따라 다릅니다.**
- **특별 가입 기간을 이용할 수 있는지 확인하려면** 연중무휴 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 Medicare에 문의하시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오. 특별한 상황으로 인해 멤버십을 종료할 수 있는 경우, Medicare 의료보장과 처방약 보장을 모두 변경할 수 있습니다. 다음을 선택할 수 있습니다.
 - 처방약 보장 여부와 관계없이 다른 Medicare 건강 플랜
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함한 Original Medicare

또는

 - 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함하지 않는 Original Medicare

참고: Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 신뢰할 수 있는 처방약 보장 없이 연속적으로 최소 63일이 지난 경우, 이후에 Medicare 처방약 플랜에 가입할 때 파트 D 지연 가입 가산금을 지불해야 할 수 있습니다.

처방약 지불을 위해 Medicare로부터 "부가 지원"을 받은 경우: Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않는 경우, 자동 가입을 거부하지 않는 한 Medicare의 의약품 플랜에 가입할 수 있습니다.

일반적으로 플랜에 대한 변경 요청이 접수된 후 해당 월의 1일에 **멤버십이 종료됩니다**.

참고: 2.1절 및 2.2절에서는 Medicaid를 사용하는 사람들을 위한 특별 가입 기간 및 부가 지원에 대해 자세히 설명합니다.

2.5절

멤버십 종료 시기에 대한 자세한 정보는 어디에서 구할 수 있습니까?

멤버십 종료에 대한 질문이 있는 경우 다음을 수행할 수 있습니다.

- **고객지원팀에 문의하십시오.**
- **Medicare & You 2024** 핸드북에서 정보를 찾습니다.
- 연중무휴 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 **Medicare**에 문의합니다. TTY는 1-877-486-2048로 문의하십시오.

3절

플랜 멤버십을 종료하려면 어떻게 해야 합니까?

아래 표는 당사의 플랜 멤버십 종료 방법을 설명합니다.

당사의 플랜에서 다음과 같이 전환하고자 하는 경우:	취해야 하는 조치:
• 다른 Medicare 건강 플랜	• 새로운 Medicare 건강 플랜 가입 새로운 보장은 다음 달의 첫째 날에 시작됩니다. • 새로운 플랜의 보장이 시작되면 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 탈퇴가 자동으로 이루어집니다.
• 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함한 Original Medicare	• 새로운 Medicare 처방약 플랜 가입 새로운 보장은 다음 달의 첫째 날에 시작됩니다. • 새로운 플랜의 보장이 시작되면 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 탈퇴가 자동으로 이루어집니다.
• 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함하지 않는 Original Medicare - Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않는 경우, 자동 가입을 거부하지 않는 한 Medicare의 의약품 플랜에 가입할 수 있습니다. - Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 신뢰할 수 있는 처방약 보장 없이 연속적으로 63일 이상이 지난 경우, 이후에 Medicare 처방약 플랜에 가입할 때 지연 가입 가산금을 지불해야 할 수도 있습니다.	• 저희에게 서면 탈퇴 요청서를 보내주십시오. 이 방법에 대한 자세한 내용은 고객지원팀에 문의하십시오. • 연중무휴 하루 24시간 언제든지 Medicare 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 연락하여 탈퇴를 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오. • Original Medicare 보장이 시작되면 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에서 탈퇴됩니다.

참고: Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 신뢰할 수 있는 처방약 보장 없이 연속적으로 최소 63일이 지난 경우, 이후에 Medicare 처방약 플랜에 가입할 때 파트 D 지연 가입 가산금을 지불해야 할 수 있습니다.

10장 플랜 멤버십 종료

Medicaid 혜택에 대한 문의는 Apple Health(Medicaid)에 문의하십시오. Apple Health(Medicaid)의 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인할 수 있습니다. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아가는 것이 Apple Health(Medicaid) 보장에 어떻게 영향을 미치는지 문의하십시오.

4절 멤버십이 종료될 때까지 당사의 플랜을 통해 의료품, 서비스 및 처방약을 계속 공급받아야 합니다

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP) 가입 자격이 종료되고 새로운 Medicare 보장 기간이 시작될 때까지, 당사 플랜을 통해 의료 서비스, 의료품 및 처방전 약물을 계속 받아야 합니다.

- 의료 서비스를 받기 위해 네트워크 제공자를 계속 사용합니다.
- 계속해서 네트워크 약국을 이용하여 처방을 받으십시오.
- 멤버십이 종료되는 날에 입원한 경우, 병원 입원은 퇴원 시까지 당사의 플랜으로 보장됩니다(새로운 의료보장이 시작된 후에 퇴원하는 경우에도).

5절 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 특정한 상황에서 멤버십을 종료해야 합니다

5.1절 당사가 플랜 가입자의 자격을 종료해야 하는 때는 언제입니까?

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 다음과 같은 경우에 반드시 플랜 멤버십을 종료해야 합니다.

- Medicare 파트 A와 파트 B에 더는 가입되어 있지 않은 경우
- 더 이상 Medicaid 자격이 없는 경우. 1장 2.1절에 명시된 바와 같이 당사의 플랜은 Medicare 및 Medicaid 모두에 적합한 사람들을 위한 것입니다. 플랜에 적합하지 않는 경우 회원 자격은 6개월의 유예 기간이 지나면 종료됩니다. 유예 기간 내에 Apple Health(Medicaid) 지원에 대한 자격을 회복하지 못한 경우, 플랜에서 탈퇴된다는 내용의 편지가 발송됩니다.
- 서비스 지역에서 벗어난 경우
- 서비스 지역에서 6개월 이상 벗어난 경우
 - 이동 중이거나 긴 여행을 하는 경우, 고객지원팀에 문의하여 이동 중이거나 여행 중인 곳이 플랜 지역에 속하는 경우
- 수감된 경우
- 더 이상 미국 시민이 아니거나 미국에서 불법 체류 중인 경우
- 처방약 보장을 제공하는 다른 보험에 대한 정보를 제공하지 않거나 거짓으로 제공한 경우
- 당사의 플랜에 가입 시 당사에 잘못된 정보를 의도적으로 제공하고 그러한 정보가 플랜 가입 자격에 영향을 미친 경우(당사는 Medicare에서 먼저 허가를 받지 않는 이상 이러한 이유로 당사의 플랜에서 가입자를 탈퇴시킬 수 없습니다.)

10장 플랜 멤버십 종료

- 규정에 어긋난 행동을 계속하고 본인은 물론 플랜의 다른 가입자들에 대한 당사의 의료 서비스 제공을 어렵게 하는 경우(당사는 Medicare에서 먼저 허가를 받지 않는 이상 이러한 이유로 당사의 플랜에서 가입자를 탈퇴시킬 수 없습니다.)
- 타인의 멤버십 카드를 이용하여 의료 서비스를 받는 경우(당사는 Medicare에서 먼저 허가를 받지 않는 이상 이러한 이유로 당사의 플랜에서 가입자를 탈퇴시킬 수 없습니다.)
 - 이러한 이유로 당사가 가입자의 멤버십을 종료할 경우, Medicare는 감사관을 통해 해당 케이스를 조사할 수 있습니다.
- 가입자가 소득과 관련하여 지불해야 하는 추가 파트 D 금액을 지불하지 않은 경우, Medicare는 플랜에서 가입자를 탈퇴시킵니다.

더 자세한 정보는 어디서 얻을 수 있습니까?

당사가 멤버십을 종료시킬 수 있는 경우에 관하여 문의 사항이 있거나 자세한 정보를 확인하고 싶은 경우 고객지원팀에 문의하십시오.

5.2절 **당사는 가입자의 건강과 관련한 어떠한 이유로도 가입자에게 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다.**

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 가입자의 건강과 관련한 어떠한 이유로도 가입자에게 플랜에서 탈퇴할 것을 요청할 수 없습니다.

이 경우 가입자는 어떻게 해야 합니까?

건강과 관련한 이유로 플랜 탈퇴를 요구 받고 있다고 느낄 경우, 연중무휴 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)(TTY 1-877-486-2048)로 Medicare에 연락하십시오.

5.3절 **당사가 가입자의 플랜 멤버십을 종료한 경우, 가입자는 불만을 제기할 권리가 있습니다**

당사가 가입자의 플랜 멤버십을 종료한 경우, 당사는 가입자에게 서면으로 멤버십 종료 이유를 알려야 합니다. 또한 당사는 가입자가 당사의 가입자 자격 종료 결정에 관하여 고충을 제기하거나 불만을 제기할 수 있는 방법을 설명해야 합니다.

11장 법적 고지

11장:
법적 고지

11장 법적 고지**1절 준거법에 대한 고지**

이 보장 범위 증명서에는 기본적으로 사회보장법 XVIII편과 CMS(Medicare & Medicaid 서비스 센터)가 사회보장법에 따라 제정한 규정이 적용됩니다. 그밖에 다른 연방법이 적용될 수 있으며, 특정한 상황에서는 현재 거주하고 있는 주의 법이 적용될 수 있습니다. 이것은 관련 법이 포함되지 않거나 이 문서에서 설명되지 않은 경우에도 가입자의 권리와 의무에 영향을 미칠 수 있습니다.

2절 차별 금지에 대한 고지

당사는 인종, 민족성, 국적, 피부색, 종교, 성별, 젠더, 나이, 성 지향성, 정신 또는 신체적 장애, 건강 상태, 클레임 이력, 병력, 유전 정보, 보험 가입 가능성 여부 또는 서비스 지역 내 지리적 위치를 이유로 **차별하지 않습니다**. 당사의 플랜과 같이 Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 조직은 1964년 민권법 VI편, 1973년 재활법, 1975년 차별금지법, 미국장애인법, 건강보험개혁법 1557조, 연방 기금을 받는 기관에 적용되는 모든 다른 법률. 기타 사유로 적용되는 모든 법률과 규정을 포함하여 연방 차별금지법을 준수해야 합니다.

차별이나 불공정한 처우에 대한 자세한 정보가 필요하거나 우려 사항이 있는 경우, 1-800-368-1019(TTY 1-800-537-7697)로 보건복지부 **민권 담당국(Office for Civil Rights)**, 또는 해당 지역의 민권 담당국으로 문의하십시오. 귀하는 보건복지부 민권 담당국(<https://www.hhs.gov/ocr/index.html>)에서 정보를 검토할 수도 있습니다.

장애가 있어 관리 접근에 도움이 필요한 경우 고객지원팀에 문의하십시오. 휠체어 접근 문제와 같은 불만 사항이 있는 경우, 고객지원팀에서 도움을 받을 수 있습니다.

3절 Medicare 2차 지불자 대위권에 관한 고지

Medicare가 1차 지불자가 아닌 대상에 대하여 Medicare 보장 서비스를 대위할 수 있는 권리와 책임은 당사에게 있습니다. 42 CFR 422.108 및 423.462조의 규정에 따라, Medicare Advantage 기관인 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)은 장관이 42 CFR의 411항의 B~D호의 CMS 규정에 따라 행사하는 것과 동일한 회수 권리를 행사하며, 이 절에서 규정된 규칙은 모든 주법을 대체합니다.

4절 대위 관련 추가 고지(제3자로부터 회수)**당사의 지불 회수권**

당사가 청구를 지불하는 경우, 당사에게 대위권이 있습니다. 이것은 매우 일반적인 보험 조항으로, 부상, 질병, 질환과 관련한 의료비 또는 혜택에 대한 책임이 있는 제3자가 제기한 청구에 대하여 당사가 지불한 금액을 회수할 권리가 있음을 의미합니다. 청구를 제기하는 자는 책임 있는 제3자에 대해 법적 조치를 할 권리가 있으며, 다음과 같은 사항에 동의합니다.

1. 당사가 요청하는 모든 관련 정보를 제공합니다. 그리고
2. 필요한 경우 증거 개시, 증언 녹취, 재판 증언 등 모든 법적 조치에 참여합니다.

당사 또는 당사의 대리인에 협조하지 않거나 당사의 권리를 방해하는 행동을 할 경우, 당사는 법적 조치를 취할 수 있습니다. 또한, 당사의 서면 동의 없이 법적 조치를 취할 수 있는 본인의 권리를 타인에게 양도해서는 안 됩니다.

11장 법적 고지**당사의 구상권**

또한 당사는 책임 있는 제3자가 가입자에게 직접 비용을 지불하는 경우 상환 받을 권리가 있습니다. 가입자가 제3자로부터 판결, 정산 또는 기타 지불 금액을 받은 경우, 청구와 관련하여 당사로부터 지불 받은 금액을 포함하여 모든 금액을 즉시 당사에 상환해야 합니다.

당사 권리의 우선권

당사의 회수권 및 구상권은 모든 청구에 대해 우선하며, 회수 및 상환 권리는 다른 주장보다 우선하며, 어떠한 형평성 법리의 영향을 받지 않습니다. 이는 가입자가 부상 또는 질병과 관련된 모든 비용에 대해 책임 있는 제3자로부터 보상을 받지 않았더라도, 당사가 지불한 금액을 회수할 수 있음을 의미합니다. 지불 회수를 위한 당사의 노력에 동의하지 않을 경우, 가입자는 9장에서 설명한 바와 같이 대로 이의 제기를 할 권리가 있습니다.

당사는 직접, 또는 가입자를 대신하여 제3자에 대해 상환 또는 법적 조치를 취할 의무가 없습니다. Medicare 법과 **보장 범위 증명서**에 따른 당사의 권리는 부상, 질병, 또는 질환과 관련한 가입자의 법적 조치 참여 여부에 영향을 받지 않습니다.

5절 혜택 조정 통지**당사가 다른 보장의 가입 여부를 알아야 할 이유는 무엇입니까?**

당사는 가입자에게 제공된 서비스와 관련하여 다른 지불자가 지불 책임을 부담할 때 다른 보험사, 플랜, 정책, 고용주 또는 다른 법인에 대하여 그 부담을 청구하거나, 서비스 제공자에게 청구할 수 있도록 승인하는 Medicare 2차 지불자 규칙에 따라 혜택을 조정합니다. 또한 다른 지불자가 그러한 서비스에 대하여 가입자에게 이미 지불한 금액에 대해 당사는 가입자에게 요금을 부과하거나 청구할 수 있습니다. 당사는 Medicare 2차 지불자 규칙에 따른 Medicare 프로그램과 관련한 모든 권한을 갖습니다.

다른 보장에 가입된 경우에 어느 보장에서 먼저 지불합니까?

추가 보장이 있는 경우, 당사는 가입자의 상황에 따라 보장을 적용합니다. 여러 혜택을 조정하여 가입자는 일반적으로 당사의 플랜 제공자와 다른 플랜, 또는 가입자가 받고 있는 치료의 비용 지불에 도움을 받고자 가입한 플랜을 통해 진료를 받게 됩니다. 그룹 의료보장에 가입한 경우, 그룹 플랜에 참여하는 제공자 및 당사의 플랜을 이용하면 받을 수 있는 혜택을 극대화할 수 있습니다. 당사의 플랜으로 보장되지 않는 혜택과 같은 다른 상황에서 가입자는 당사의 플랜 이외의 진료를 받을 수 있습니다.

고용주와 피고용인 조직의 그룹 건강 플랜

경우에 따라, 당사가 가입자에게 건강 혜택을 제공하기 전에 그룹 건강 플랜이 가입자에게 건강 혜택을 제공해야 합니다. 이러한 상황은 다음과 같은 경우에 발생합니다.

- 본인, 또는 본인의 배우자를 통해 그룹 건강 플랜(고용주 또는 피고용인 조직 플랜 모두 포함)의 보장을 받는 경우
- 고용주가 20명 이상의 피고용인을 보유한 경우(Medicare 규칙에 따름)
- 장애나 말기 신장 질환(ESRD)으로 인해 Medicare 보장을 받지 못하는 경우

고용주가 20명 미만의 피고용인을 보유한 경우, 당사는 일반적으로 기본 건강 혜택을 제공합니다. 본인, 또는 본인의 배우자를 통해 그룹 건강 플랜에 따라 퇴직자 보장을 받고 있는 경우, 당사는 일반적으로 기본 건강 혜택을 제공합니다. 말기 신장 질환이 있거나 진행 중인 경우에는 특별한 규칙이 적용됩니다.

11장 법적 고지**장애인을 위한 고용주와 피고용인 조직 그룹 건강 플랜**

그룹 건강 플랜에 따른 보장을 갖고 있고 장애로 인하여 Medicare에 가입되어 있는 경우, 당사는 일반적으로 기본 건강 혜택을 제공합니다. 이러한 상황은 다음과 같은 경우에 발생합니다.

- 65세 미만인 경우
- 말기 신장 질환(ESRD)이 없는 경우
- 그룹 건강 플랜에 따라 본인 또는 본인의 배우자를 통해 보장을 받는 경우

대규모 그룹 건강 플랜은 100명 이상의 직원을 고용한 고용주, 또는 100명 이상의 직원이 플랜에 가입한 고용주들의 플랜에 참여한 고용주가 제공하는 건강 플랜입니다. 본인, 또는 본인의 배우자를 통해 대규모 그룹 건강 플랜에 따른 보장에 가입한 경우, 해당 대규모 그룹 건강 플랜은 당사가 건강 혜택을 제공하기 전에 가입자에게 건강 혜택을 제공해야 합니다. 이러한 상황은 다음과 같은 경우에 발생합니다.

- 말기 신장 질환(ESRD)이 없는 경우
- 65세 미만이며 장애로 인하여 Medicare에 가입된 경우

이러한 경우, 당사는 대규모 고용주 그룹 플랜에서 보장하지 않은 혜택만 제공합니다. 말기 신장 질환이 있거나 진행 중인 경우에는 특별한 규칙이 적용됩니다.

말기 신장 질환이 있는 대상자들을 위한 고용주와 피고용인 조직 그룹 건강 플랜

말기 신장 질환으로 인하여 Medicare 가입 자격이 있고, 본인, 또는 본인의 배우자를 통해 고용주 또는 피고용인 조직 그룹 건강 플랜의 보장을 갖고 있는 경우, 가입자의 그룹 건강 플랜은 말기 신장 질환으로 인한 Medicare의 가입 자격이 발생한 후 최초 30일 동안 기본 건강 혜택을 제공할 책임이 있습니다. 이 기간 동안 당사는 2차 보장을 제공하고, 이후에는 1차 보장을 제공합니다. 말기 신장 질환이 진행 중이지만 연령 또는 장애로 인하여 Medicare에 이미 가입되어 있는 경우, 당사는 1차 보장을 제공합니다.

노동자 보상 및 유사 프로그램

직무 관련 질병 또는 부상을 겪고 있고 노동자 보상 혜택을 받을 수 있는 경우, 당사가 직무 관련 질병 또는 부상에 대한 서비스를 위해 보장 범위 증명서에 따라 혜택을 제공하기 전에 노동자 보상은 직무 관련 질병 또는 부상과 관련한 모든 의료 비용에 대해 먼저 혜택을 제공해야 합니다.

사고 및 부상

사고가 발생하거나 부상을 당한 경우, Medicare 2차 지불자 규칙이 적용됩니다. "Med Pay"하의 혜택, 즉, 무과실, 자동차, 사고 또는 책임 보장에 따른 혜택을 이용할 수 있는 경우, "Med Pay"하의 혜택, 즉, 무과실, 자동차, 사고 또는 책임 보장 서비스 제공자는 당사가 사고 또는 부상과 관련한 서비스 혜택을 제공하기 전에 모든 관련 의료 서비스에 대하여 먼저 혜택을 제공해야 합니다.

책임 보험 청구는 즉시 정산되지 않는 경우가 많습니다. 당사는 책임 청구가 보류 중인 동안 조건부 지불을 할 수 있습니다. 당사는 또한 청구를 받을 수 있으며 책임 또는 기타 청구가 보류 중임을 인지하지 못할 수 있습니다. 이러한 상황에서 당사의 지불은 조건부입니다. 조건부 지불은 보험 또는 책임 지불을 받은 즉시 당사에 환불되어야 합니다.

제3자로부터 의료비를 회수한 경우, 당사는 어떠한 분쟁합의계약 조항과 상관없이 당사가 지불한 금액을 회수할 권리가 있습니다. 이러한 합의가 의료비 손해배상을 포함하지 아니한다는 조항은 무시됩니다. 당사는 소송의 장점에 대한 법원 명령에 근거한 경우에 한하여 비의료적 손실에 대한 책임 지불의 배분을

11장 법적 고지

인정합니다. 당사는 의료 서비스 이외의 손실(예: 재산 손실)에 대한 지불로써 법원이 적절하게 지정한 보상의 어떠한 부분에 대해서도 회수하고자 하지 않습니다.

서비스 형태로 혜택을 제공하는 경우, 당사는 제공된 혜택의 합리적인 가치에 따라 상환 받을 수 있습니다.

중복 혜택 불가

당사는 자동차, 사고, 책임, 또는 기타 보장에 따른 어떠한 혜택이나 지불도 중복하여 제공하지 않습니다. 가입자는 그러한 보장이 제공되는 경우에 당사에 고지할 것에 동의하며, 그러한 자동차, 사고, 책임, 또는 기타 보장에 따라 혜택이나 지불을 받기 위해 필요한 조치를 하는 것은 가입자의 책임입니다. 그러한 보장에 따라 자격이 있는 혜택이 가입자에게 중복 제공된 경우, 당사는 그러한 혜택에 해당하는 합리적인 가치에 대하여 상환을 요청할 수 있습니다. 가입자는 자동차, 사고 또는 책임 보장, 또는 다른 보험사로부터 지불을 받을 수 있도록 당사와 협력할 의무가 있습니다.

당사가 가입자가 받을 수 있는 다른 유형의 의료보장보다 먼저 혜택을 제공한 경우, 당사는 Medicare 2차 지불자 규칙에 따라 해당 혜택의 회수를 요청할 수 있습니다. 회수권에 대한 자세한 내용은 본 장의 4절, **대위 관련 추가 고지(제3자로부터 회수)**를 참조하시기 바랍니다.

더 자세한 정보

다음은 간단한 요약입니다. 당사의 1차 또는 2차 지불 여부는 가입자의 추가 보험 유형과 해당 상황에 적용되는 Medicare 규칙에 따라 다를 수 있습니다. 자세한 내용은 정부에서 발행한 "**Medicare 및 기타 건강 혜택: 지불 우선순위 가이드**"를 참조하십시오. 발행 번호는 CMS Pub. 02179번입니다. 참조하기 전에 최신 버전인지 확인하십시오. 혜택 규칙 조정을 목적으로 고용주가 고용 인원의 수를 결정하는 방법과 같은 기타 세부 사항은 Medicare 2차 지불자 규칙에 설명되어 있습니다. 이 규칙은 연방 규정집(Code of Federal Regulations)에 게시되어 있습니다.

이의 제기 권리

위에서 설명한 혜택 및 지불 규칙의 조정과 관련하여 당사 플랜의 결정 또는 조치에 동의하지 않는 경우, 이 보장 범위 증명서의 9장 문제나 불만이 있는 경우 조치하는 방법(보장 결정, 이의 제기, 고충 제기)에서 소개한 절차를 따라야 합니다.

12장: 주요 용어 정리

12장 주요 용어 정리**12장. 주요 용어 정리**

첨단 영상 서비스 - 표준 엑스레이보다 더 상세한 이미지를 촬영하는 특수 영상 방식입니다. 전산화단층촬영법(CT/CAT 스캔), 자기 공명 혈관 영상(MRA), 자기 공명 영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET 스캔) 또는 기타 유사한 기술을 포함하여 여러 종류의 영상 서비스가 있습니다.

허용액 - 의료 혜택을 위해 플랜이 지급하는 최대 금액.

통원 수술 센터 - 통원 수술 센터는 입원이 필요하지 않고 센터에 머무는 시간이 24시간을 초과하지 않는 환자에게 외래수술 서비스를 제공할 목적에 한하여 운영되는 시설입니다.

이의 제기 - 이의 제기는 의료 서비스 또는 처방약 보장을 요청하거나 이미 받은 서비스나 약에 대한 지불을 거부한 당사의 결정에 동의하지 않은 경우에 가입자가 할 수 있는 조치입니다. 현재 받고 있는 서비스를 중단하기로 한 당사의 결정에 동의하지 않는 경우에도 이의 제기를 할 수 있습니다.

혜택 기간 - Original Medicare에서 가입자의 전문요양시설(SNF) 이용을 측정하는 방법입니다. 당사 플랜은 가입자에게 전문요양시설을 이용할 수 있는 혜택 기간을 제공합니다. 전문요양시설 혜택 기간은 해당 시설에 입원한 날로부터 시작됩니다. 이 혜택 기간은 전문요양시설에서 매일 하루씩 누적됩니다. 혜택 기간은 전문요양시설에서 60일 동안 연속적으로 전문 치료를 받지 않은 경우에 종료됩니다. 한 혜택 기간이 종료된 후에 전문요양시설에 입원하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 사용 가능한 혜택 기간의 횟수에는 제한이 없습니다.

생물학적 제제 - 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 천연 및 생물 자원으로 만들어진 처방약. 생물학적 제제는 다른 약보다 더 복잡하며 그대로 복제할 수 없으므로 대체 형태를 바이오시밀러라고 합니다. 바이오시밀러는 일반적으로 기존 생물학적 제제와 마찬가지로 안전하게 작용합니다.

바이오시밀러 - 기존 생물학적 제제와 매우 유사하지만 동일하지는 않은 것으로 간주되는 처방약. 바이오시밀러는 일반적으로 기존 생물학적 제제와 마찬가지로 안전하게 작용하지만, 일반적으로 바이오시밀러가 기존 생물학적 제제를 대체하기 위해서는 새로운 처방전이 필요합니다. 교체 가능한 바이오시밀러는 주법에 따라 새로운 처방전 없이도 약국에서 기존 생물학적 제제를 대체할 수 있도록 하는 추가 요건을 충족하였습니다.

브랜드 약 - 약을 처음에 연구하고 개발한 제약 회사에서 제조 및 판매하는 처방약입니다. 브랜드 약은 해당 약의 복제품과 동일한 활성 성분 공식을 사용합니다. 그러나 복제약은 다른 의약품 제조업체에서 제조 및 판매하는 것으로, 일반적으로 브랜드 약의 특허가 만료될 때까지 사용할 수 없습니다.

재해 보상 범위 단계 - 가입자 본인(또는 본인을 대신하여 자격을 갖춘 다른 당사자)이 보장 연도 동안 파트 D 보장 약품에 \$8,000를 지출할 때 시작되는 파트 D 약품 혜택 단계를 의미합니다. 이 지불 단계에서 플랜은 귀하의 보장 파트 D 약품에 대한 전체 비용을 지불합니다. 귀하가 지불할 비용은 없습니다.

Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS) - Medicare를 관리하는 연방 기관입니다.

만성 치료 특수 요구 플랜 - C-SNP는 42 CFR 422.2에 정의된 대로 하나 이상의 중증 또는 장애 만성 질환을 가진 MA 자격을 충족하는 개인에게 등록을 제한하는 SNP입니다. 42 CFR 422.4(a)(1)(iv)에 명시된 다수의 일반적으로 동시이환을 보이고 임상적으로 연결된 질환 그룹에 기반한 등록 제한을 포함합니다.

12장 주요 용어 정리

공동 보험비용 - 서비스 또는 처방약 비용 중에서 가입자 부담으로 지불해야 하는 금액의 비율(예: 20%)을 말합니다.

불만 - 불만 제기의 공식적인 명칭은 **고충 제기**입니다. 불만 제기 절차는 특정한 유형의 문제에 **만** 적용됩니다. 여기에는 의료의 질, 대기 시간 및 고객 서비스와 관련한 문제가 포함됩니다. 또한 귀하의 플랜이 이의 제기 절차의 기간을 따르지 않을 경우 불만도 포함됩니다.

종합 구강검진/평가 - 이 코드는 일반 치과 의사 및/또는 치과 전문의가 환자를 검진할 때 적용됩니다. 이는 다음과 같은 경우에 적용됩니다. 새 환자, 보고서에 의거하여 건강 상태 또는 기타 비정상적인 상황에 유의한 변화가 발생한 기존 환자 또는 3년 이상 활성 치료를 받지 않은 기존 환자.

종합 외래환자 재활 시설(CORF) - 물리치료, 사회 또는 심리 서비스, 호흡기 치료, 작업치료 및 언어 병리 서비스, 가정 환경 평가 서비스 등 주로 질병이나 부상 후 재활 서비스를 제공하는 시설입니다.

전산화단층촬영법(CT/CAT 스캔) - 디지털 컴퓨터를 회전하는 엑스레이 장치와 결합하여 다양한 기관 및 신체 부위의 횡단면 영상을 생성합니다.

계약금액 요율 - 의료 플랜이 보장 서비스 또는 처방약에 대한 네트워크 내 의사, 제공자 또는 약국에 지불하는 요금입니다.

공동 부담금(또는 copay) - 의사 방문, 병원 외래환자 방문 또는 처방약과 같은 의료 서비스 또는 용품과 관련한 비용 중 가입자가 부담해야 하는 금액을 말합니다. 공동 부담금은 백분율이 아닌 설정된 금액(예: \$10)입니다.

비용 부담금 - 비용 부담금은 서비스 또는 약을 받을 때 가입자가 지불해야 하는 금액을 말합니다. 비용 부담금에는 다음과 같은 세 가지 유형의 지불이 모두 포함됩니다. (1) 서비스 또는 의약품이 보장되기 전에 플랜이 부과하는 모든 공제금, (2) 특정한 서비스 또는 의약품을 받을 때 플랜이 요구하는 모든 고정된 공동 부담금 또는 (3) 특정한 서비스 또는 의약품을 받을 때 플랜이 요구하는 서비스 또는 의약품 관련 총 지불 금액의 비율인 공동 보험비용.

보장 판단 - 가입자에게 처방된 약이 플랜과 금액으로 보장이 되는지, 그렇다면, 해당 처방약에 대해 가입자가 지불을 해야 하는지에 관한 결정을 의미합니다. 일반적으로, 처방전을 약국에 가져왔는데 약국에서 처방전이 해당 플랜으로 보장되지 않는다고 했다면 보장 판단된 것이 아닙니다. 보장에 대한 공식적인 결정을 요청하려면 해당 플랜에 전화 또는 서면으로 문의하시기 바랍니다. 이 문서에서는 **보장 판단**을 보장 결정이라고도 합니다.

보장 약 - 당사에서 사용하는 이 용어는 당사의 플랜이 보장하는 모든 처방약을 의미합니다.

보장 서비스 - 당사가 플랜에서 보장하는 모든 의료 서비스 및 용품을 의미하기 위해 사용하는 용어입니다.

신뢰할 수 있는 처방약 보장 - 평균적으로 최소 Medicare의 표준 처방약 보장만큼 지불할 것으로 예상되는 처방약 보장을 말합니다(예: 고용주 또는 조합에서 제공). Medicare 자격이 되었을 때 이러한 종류의 보장을 받고 있는 사람들은 나중에 Medicare 처방약 보장에 가입하기로 결정한 경우 일반적으로 가산금을 지불하지 않고 해당 보장을 유지할 수 있습니다.

보호 간호 서비스 - 보호 간호는 숙련된 의료 또는 전문요양을 필요로 하지 않을 때 요양원, 호스피스 또는 기타 시설에서 제공되는 개인 간호를 의미합니다. 보호 간호는 전문 기술 또는 훈련을 받지 않은 사람이 목욕, 옷 입기, 식사, 침대 또는 의자에 오르내리기, 주변 돌아다니기, 화장실 사용 등 일상적인 활동에서

12장 주요 용어 정리

필요한 도움을 제공하는 간호를 말합니다. 안약 사용과 같이 대부분 사람들이 직접 하는 건강 관련 간호도 포함될 수 있습니다. Medicare는 보호 간호 비용을 지불하지 않습니다.

고객지원팀 - 멤버십, 혜택, 고충 및 이의 제기와 관련한 질문에 답변할 책임이 있는 당사 플랜 내의 부서입니다.

일일 비용 분담률 - 의사가 가입자에게 특정 의약품을 1개월 미만으로 처방하고, 가입자가 공동 부담금을 지불해야 할 때 일일 비용 분담률이 적용될 수 있습니다. 일일 비용 분담률은 1개월 공급 일수로 나눈 공동 부담금을 의미합니다. 예를 들면 다음과 같습니다. 1개월분의 약에 대한 공동 부담금이 \$30이고 플랜에서 1개월 공급이 30일일 경우, "일일 비용 분담률"은 하루당 \$1가 됩니다.

공제금 - 당사의 플랜이 지불하기 전에 의료 서비스 또는 처방에 대하여 가입자가 지불해야 하는 금액을 말합니다.

진단용 유방조영상 - 유방 질환의 징후나 증상을 보이는 환자에게 제공되는 특수 엑스레이 검사입니다.

진단 절차 - 환자의 질환, 질병에 대해 자세히 알아보기 위해 특정 영역에서 환자의 강점과 약점을 식별하기 위한 검사입니다.

탈퇴하기 또는 탈퇴 - 당사의 플랜에서 멤버십을 종료하는 절차를 말합니다.

조제료 - 약사가 처방전을 준비하고 포장하는 시간과 같이 보장 약을 조제할 때마다 처방약 조제 비용을 지불하기 위해 부과되는 수수료를 말합니다.

이중 적격 특수 요구 플랜(D-SNP) - D-SNP는 Medicare(사회보장법 XVIII편)와 Medicaid(XIX편)에 따른 주 플랜의 의료 지원을 받을 자격이 있는 개인을 가입합니다. 주 및 개인의 자격에 따라 주는 일부 Medicare 비용을 보장합니다.

이중 적격자 - Medicare 및 Medicaid 보장 자격을 갖춘 사람.

내구성 의료 장비(DME) - 의료 목적으로 가입자의 의사가 주문한 특정한 의료 장비를 말합니다. 예를 들어, 성인 보행기, 휠체어, 목발, 동력식 매트리스 시스템, 당뇨 용품, IV 주입 펌프, 음성 생성 장치, 산소 장비, 네블라이저 또는 가정용으로 제공자가 주문한 병원 침대가 여기에 포함됩니다.

응급 상황 - 의료적 응급 상황은 건강과 의학과 관련하여 평균적인 지식을 갖고 있는 가입자 또는 기타 신중한 비전문가가 인명 손실(여성인 경우 유산), 사지 상실 또는 사지 기능 상실의 방지를 위해 즉각적인 치료가 필요한 의학적 증상이 있다고 여기는 경우를 말합니다. 의학적 증상은 질병, 부상, 심각한 통증 또는 빠르게 악화되는 질환일 수 있습니다.

응급 진료 - 보장 서비스: (1) 응급 서비스를 제공할 자격이 있는 제공자가 제공한 경우, (2) 응급 질환의 치료, 평가 또는 안정화에 필요한 경우.

보장 범위 증명서(EOC) 및 공개 정보 - 이 문서는 귀하의 가입 양식과 기타 첨부 파일, 부칙 또는 기타 선택적 보장과 함께 당사가 해야 하는 일, 가입자의 권리 및 당사 플랜의 가입자로서 해야 할 일 등을 설명합니다.

예외 - 승인된 경우 당사 처방집에 없는 의약품을 받거나(처방집 예외), 더 낮은 비용 분담 수준에서 비우선 약을 받을 수 있는(단계별 예외) 보장 결정 유형을 말합니다. 당사 플랜이 가입자가 요청하는 약을 받기 전에 다른 약을 시도하도록 요구하거나, 플랜이 가입자가 요청하는 약의 양 또는 복용량을 제한하는 경우, 가입자는 예외를 요청할 수 있습니다(처방집 예외).

12장 주요 용어 정리

부가 지원 - 소득과 자원이 제한적인 사람들이 보험료, 본인 부담금, 공동 보험비용과 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불할 수 있도록 돕는 Medicare 또는 주 프로그램을 말합니다.

처방집 - 플랜에서 보장하는 모든 처방약을 나열한 문서입니다.

독립 투석 센터 - 입원 없이 투석 치료를 제공하는 병원 이외의 허가된 의료 시설입니다.

독립 검사실 - 검사실 검사를 통해 부상 또는 질병을 예방, 식별 또는 치료할 수 있는 병원 이외의 허가된 의료 시설이며, 입원을 하지 않습니다.

독립 방사선(영상) 센터 - 부상 또는 질병을 예방, 식별 또는 치료하기 위해 1개 이상의 서비스를 제공하는 병원 이외의 허가된 의료 시설이며, 입원을 하지 않습니다. 엑스레이, 핵의학, 방사선 종양학(MRI, CT 스캔 및 PET 스캔 포함).

복제약 - 식품의약청(FDA)에서 브랜드 약과 동일한 활성 성분을 갖는 것으로 승인한 처방약입니다. 일반적으로 복제약은 브랜드 약과 효과가 동일하며 일반적으로 가격이 더 저렴합니다.

고충 - 의료의 질에 관한 불만을 포함하여 플랜, 제공자 또는 약국에 대해 제기하는 불만 유형입니다. 이는 보장 또는 지불 분쟁과 무관합니다.

건강 관리 조직(HMO) - 의사, 병원 및 다른 의료 제공자의 플랜 네트워크를 통해 회원이 치료를 받아야 하는 건강 보험 플랜의 한 유형입니다.

가정방문 도우미 - 간호사 면허 또는 치료사의 기술이 필요하지 않은 개인 간호 서비스를 제공하는 사람입니다. 예를 들어, 목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 규정된 운동 수행 등의 도움을 받을 수 있습니다.

가정방문치료 - 전문요양 케어 및 질병 또는 부상 치료를 위해 환자가 가정에서 받는 기타 건강 관리 서비스입니다. 보장 서비스 목록은 4장 "가정방문치료기관의 케어"에 나와 있습니다. 가정방문치료 서비스가 필요한 경우, Medicare 보장 서비스 요구 사항이 충족되는 경우 당사의 플랜은 이러한 서비스를 제공합니다. 가정방문 도우미의 서비스가 질병 또는 부상 진료를 위한 가정 건강 플랜의 일부일 경우 가정방문치료 서비스에 포함될 수 있습니다. 이러한 서비스는 보장 전문 서비스를 함께 받지 않으면 보장되지 않습니다. 가정 건강 서비스에는 하우스키퍼들의 서비스, 음식 서비스 계약 또는 가정에서의 풀타임 간호 서비스가 포함되지 않습니다.

호스피스 - 불치질환을 갖고 있으며 기대 수명이 6개월 미만임을 확인한 가입자에게 제공되는 전문 치료 혜택입니다. 가입자의 플랜인 당사는 가입자의 지리적 지역에 위치한 호스피스 목록을 가입자에게 제공해야 합니다. 호스피스를 선택하고 계속해서 보험료를 지불하는 경우에도 해당 가입자는 여전히 당사 플랜의 회원입니다. 가입자는 의료적 필요성이 있는 모든 서비스와 더불어 당사가 제공하는 보충 혜택을 이용할 수 있습니다.

호스피스 케어 - 치료보다는 편안함에 중점을 둔 말기 환자를 위한 전문 진료입니다. 여기에는 환자의 가족을 위한 상담도 포함됩니다. 상황에 따라 이 관리 유형은 가정, 호스피스 시설, 병원 또는 요양원에 있을 수 있으며, 허가된 의료 전문가 팀으로부터 제공됩니다.

병원 입원 - 전문 의료 서비스를 받기 위해 병원에 공식적으로 입원한 상태를 말합니다. 설사 밤사이 병원에 머물더라도 여전히 외래환자로 간주될 수 있습니다.

Humana의 전국 이식 네트워크(NTN) - Humana에서 승인한 시설의 네트워크이며, 모두 Medicare 승인 시설입니다.

12장 주요 용어 정리

소득 비례 월납 조정금(IRMAA) - 2년 전 IRS 세금 신고서에 보고된 수정된 조정 총 소득이 특정 금액을 초과하는 경우 표준 보험료 금액과 소득비례 월납 조정금(IRMAA)을 지불하게 됩니다. IRMAA는 보험료에 더해지는 추가 요금입니다. Medicare 사용자 중 5% 미만이 영향을 받으므로, 대부분의 사람들은 더 높은 보험료를 지불하지 않습니다.

초기 보장 금액 한도 - 초기 보장 혜택 기간에서 보장 최대 제한을 의미합니다.

초기 보장 혜택 기간 - 해당 연도에 귀하가 지불한 금액과 귀하의 플랜이 귀하를 대신하여 지불한 비용을 포함하여 총 약비용이 **\$5,030**에 이르기 전의 단계입니다.

초기 가입 기간 - Medicare에 처음 가입할 자격이 있을 때, Medicare 파트 A와 파트 B에 가입할 수 있는 기간입니다. 65세가 되어 Medicare에 가입할 수 있는 경우, 초기 가입 기간은 65세가 되는 달의 3개월 전부터 7개월 동안의 기간입니다. 여기에는 65세가 되는 달이 포함되고 65세가 된 달로부터 3개월 후에 종료됩니다.

입원진료 - 병원에 입원했을 때 받을 수 있는 의료를 말합니다.

보장 의약품 목록(처방집 또는 "의약품 가이드") - 플랜의 보험 혜택이 적용되는 처방약 목록입니다.

저소득층 보조금(LIS) - "부가 지원"을 참조하십시오.

자기 공명 혈관 영상(MRA) - 비침습 측정법 및 혈관을 통한 혈류를 측정할 수 있는 자기 공명 영상(MRI)의 형태입니다.

자기 공명 영상(MRI) - 자기장과 유도된 무선 주파수 신호를 컴퓨터로 분석하여 신체 조직을 비침습적으로 영상화하는 진단 영상 방식 방법입니다.

우편 주문 약국 - 처방약을 제조하여 우편을 통해 가입자의 집으로 보내주는 약국입니다.

최대 본인부담비용 - 보장 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 한해 동안 본인부담으로 지불하는 최대 금액을 말합니다. 플랜 보험료와 Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료 및 처방약에 대해 가입자가 지불하는 금액은 최대 본인부담비용에 포함되지 않습니다(**참고:** 가입자는 Apple Health(Medicaid)의 지원도 받기 때문에, 최대 본인부담비용에 도달하는 경우는 극히 드뭅니다).

Medicaid(또는 의료 지원) - 소득이 낮고 자원이 제한된 일부 사람들의 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 합작 프로그램입니다. Medicaid 프로그램은 주에 따라 다르지만, Medicare 및 Medicaid 모두 자격이 있는 경우 대부분의 의료 비용이 보장됩니다.

의학적으로 인정된 적응증 - 식품의약청의 승인을 받았거나 특정 참조 서적에 의해 뒷받침되는 약물을 사용하는 것을 말합니다.

의료적 필요성 - 귀하의 질환을 예방, 진단 또는 치료하는 데 필요하고 허용되는 의료 행위 기준을 충족하는 서비스, 의료 용품 또는 의약품을 사용합니다.

Medicare - 65세 이상의 고령자, 특정 장애를 가진 65세 미만의 사람, 말기 신장 질환(일반적으로 신장 투석이나 신장 이식이 필요한 영구적인 신부전증)을 앓고 있는 사람을 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.

12장 주요 용어 정리

Medicare Advantage 공개 가입 기간 - 매년 1월 1일부터 3월 31일까지 Medicare Advantage 플랜 가입자가 플랜 가입을 취소하고 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환하거나 Original Medicare를 통해 보장을 받을 수 있도록 정해진 기간입니다. 이 기간 동안 Original Medicare로의 전환을 선택한 경우, 해당 시점에 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입할 수도 있습니다. Medicare Advantage 공개 가입 기간은 개인이 처음으로 Medicare 자격을 얻은 후 3개월 동안 가능합니다.

Medicare Advantage 기관 - Medicare Advantage 플랜을 실행하는 민영 기업으로, 가입자에게 더 많은 옵션을 제공하고 때로는 추가적인 혜택을 제공합니다. Medicare Advantage 플랜은 "파트 C"라고도 합니다. 파트 A(병원) 및 파트 B(의료)를 모두 보장하고 일부는 파트 D(처방약) 보장을 제공합니다.

Medicare Advantage(MA) 플랜 - Medicare 파트 C라고도 합니다. Medicare와 계약을 맺은 민영 기업이 제공하는 플랜으로 모든 Medicare 파트 A 및 파트 B의 혜택을 제공합니다. Medicare Advantage 플랜은 i) HMO, ii) PPO, iii) 민영 행위별수가제(PFFS) 플랜 또는 Medicare Medical Savings Account(MSA) 플랜일 수 있습니다. 이러한 유형의 계획 중에서 선택하는 것 외에도 Medicare Advantage HMO 또는 PPO 플랜은 특수 요구 플랜(SNP)이 될 수 있습니다. 대부분의 경우, Medicare Advantage 플랜은 Medicare 파트 D(처방약 보장)도 제공합니다. 이러한 플랜은 **처방약 보장이 포함된 Medicare Advantage 플랜**이라고 합니다.

Medicare 허용 청구액 - Medicare에서 보장하는 특정 의료 서비스에 대해 청구될 수 있는 최대 금액으로 Medicare에서 정한 금액입니다.

Medicare 보장 공백 할인 프로그램 - 보장 공백 단계에 도달했으며 아직 "부가 지원"을 받지 못한 파트 D 가입자에게 대부분의 파트 D에서 보장하는 브랜드 약에 대한 할인을 제공하는 프로그램입니다. 할인은 연방 정부와 특정 의약품 제조업체 간 합의를 바탕으로 합니다.

Medicare 보장 서비스 - Medicare 파트 A 및 파트 B의 보장을 받는 서비스입니다. 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare 파트 A 및 파트 B의 보장을 받는 서비스 전체를 보장해야 합니다. Medicare 보장 서비스라는 용어에는 Medicare Advantage 플랜이 제공할 수 있는 안과, 치과 또는 청력 등의 추가 혜택은 포함되지 않습니다.

Medicare 건강 플랜 - Medicare 건강 플랜은 플랜에 가입한 Medicare 사용자에게 파트 A 및 파트 B의 혜택을 제공하도록 Medicare와 계약을 맺은 민영 기업이 제공합니다. 이 용어에는 모든 Medicare Advantage 플랜, Medicare Cost 플랜, 특수 요구 플랜, 시연/파일럿 프로그램 및 포괄적 노인 관리 프로그램(PACE)이 포함됩니다.

Medicare 제한 청구액 - Original Medicare 플랜에서 배정을 수락하지 않는 의사 및 의료 제공자가 보장하는 서비스에 대해 귀하에게 청구할 수 있는 최고 금액입니다. 제한 청구액은 Medicare 승인 금액의 15%입니다. 제한 청구액은 특정 서비스에만 적용되며 소모품 또는 장비에는 적용되지 않습니다.

Medicare 처방약 보장(Medicare 파트 D) - 외래 처방약, 백신, 생물학적 제제 및 Medicare 파트 A 또는 파트 B에서 보장하지 않는 용품에 대한 비용을 지불하는 데 도움이 되는 보험입니다.

Medigap(Medicare 보충 보험) 약관 - Original Medicare의 "공백"을 채우기 위해 민영 보험 회사에서 판매하는 Medicare 보충 보험입니다. Medigap 정책은 Original Medicare에서만 작용합니다(Medicare Advantage 플랜은 Medigap 정책이 아닙니다).

가입자(플랜의 가입자 또는 플랜 가입자) - 보장 서비스를 받을 자격이 있고, 당사의 플랜에 가입하였으며, Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS)에서 가입 내역이 확인된 Medicare를 보유한 사람입니다.

12장 주요 용어 정리

네트워크 - "네트워크 약국" 및 "네트워크 제공자"를 참조하십시오.

네트워크 약국 - 당사 플랜의 가입자가 처방약 혜택을 받을 수 있도록 당사 플랜과 계약을 맺은 약국을 의미합니다. 대부분의 경우, 귀하의 처방약은 당사의 네트워크 약국에서 조제하는 경우에만 보험이 적용됩니다.

네트워크 제공자 - **제공자**는 의료 서비스 제공을 위해 Medicare 및 주에서 공인하거나 인증한 의사, 다른 의료 전문가, 병원 및 다른 의료 시설을 지칭하는 일반 용어입니다. 당사는 지불을 전액 지불로 수락하고, 경우에 따라 당사의 플랜 가입자에게 보장 서비스를 조정 및 제공하기로 당사와 계약한 당사자를 **네트워크 제공자**라고 합니다. 네트워크 제공자는 "플랜 제공자"라고도 합니다.

핵의학 - 영상, 장기 기능 평가 또는 질병 또는 종양 위치 파악을 목적으로 방사성 동위원소(원자 형태의 방사능을 포함하는 화합물)를 인체에 도입하는 방사선학입니다.

관찰 서비스 - 의사가 환자의 입원 또는 퇴원 처리 여부를 결정하는 데 도움이 되는 외래환자 병원 서비스입니다. 관찰 서비스는 응급실 또는 병원 내 다른 영역에서 제공될 수 있습니다. 보통의 병상 침대에서 하룻밤 보내는 경우에도 외래환자일 수 있습니다.

기관 판단 - 품목 또는 서비스의 보장 여부 또는 보장 품목 또는 서비스에 대한 가입자의 지불 금액에 대해 당사 플랜에서 내리는 결정을 의미합니다. 이 문서에서는 기관 판단을 보장 결정이라고 합니다.

Original Medicare(전통적 Medicare 또는 행위별수가제 Medicare)- Original Medicare는 정부가 제공하며 Medicare Advantage 플랜 및 처방약 플랜과 같은 민영 건강 플랜이 아닙니다. Original Medicare에 따른 Medicare 서비스는 의사, 병원 및 다른 의료 제공자에게 의회에서 정한 지불 금액을 지급하는 것으로 보장됩니다. Medicare를 수락하는 의사, 병원 또는 다른 의료 제공자를 방문할 수 있습니다. 공제금을 지불해야 합니다. Medicare는 Medicare 승인 금액의 분담금을 지불하며, 사용자는 사용자가 부담하는 금액을 지불합니다. Original Medicare는 두 부분으로 구성됩니다. 파트 A(병원 보험)와 파트 B(의료 보험)는 미국 어디에서나 사용할 수 있습니다.

당사 플랜 - 귀하가 가입한 플랜으로, Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)을 말합니다.

네트워크 외 약국 - 당사의 플랜 가입자에게 보장 약을 제공하는 플랜 계약을 체결하지 않은 약국입니다. 특정 조건이 적용되지 않는 한 네트워크 외 약국에서 받는 의약품 대부분은 당사의 플랜에서 보장하지 않습니다.

네트워크 외 제공자 또는 네트워크 외 시설 - 당사 플랜의 가입자에게 보장 서비스를 조정하거나 제공하도록 당사와 계약을 맺지 않은 제공자 또는 시설입니다. 네트워크 외 제공자는 당사의 플랜에 의해 고용, 소유 또는 운영되지 않는 제공자입니다.

본인부담비용 - 위의 비용 분담금에 대한 정의를 참조하십시오. 가입자가 받은 서비스나 의약품 일부에 대한 비용을 부담하는 비용 분담 요건을 가입자의 본인부담비용 요건이라고도 합니다.

PACE 플랜 - PACE(포괄적 노인 관리 프로그램)는 노인 계층을 위한 의료, 사회 및 장기 서비스 및 지원 (LTSS)을 결합하여 이들이 요양원에 들어가지 않고 최대한 오랫동안 공동체 내에서 독립적으로 생활할 수 있도록 지원합니다. PACE 플랜에 가입한 사람들은 해당 플랜을 통해 Medicare 및 Medicaid 혜택을 모두 받습니다.

12장 주요 용어 정리

파트 C - Medicare Advantage(MA) 플랜을 참조하십시오.

파트 D - 자발적 Medicare 처방약 혜택 프로그램입니다.

파트 D 약품 - 파트 D에서 보장 가능한 의약품입니다. 당사는 모든 파트 D 약품을 제공할 수도 있고 제공하지 않을 수도 있습니다. 의회에서 특정 범주의 약을 파트 D 보장에서 제외했습니다. 파트 D 약품의 특정 범주는 모든 플랜에서 보장해야 합니다.

파트 D 지연 가입 가산금 - 처음 파트 D 플랜에 가입할 자격을 얻은 후 연속한 63일 동안 신뢰할 수 있는 보장(평균적으로 적어도 표준 Medicare 처방약 보장 이상 지불할 것으로 예상되는 보장) 없이 진행할 경우 Medicare 의약품 보장에 대해 월 보험료에 추가되는 금액입니다. 가입자가 부가 지원을 받지 않게 되면 파트 D 또는 기타 신뢰할 수 있는 처방약 보장 없이 연속 63일 이상 경과할 경우 지연 가입 가산금이 부과될 수 있습니다.

정기 구강검진 이전의 정기 또는 종합 평가 이후에 기존 환자에 대해 치과 및 건강 상태의 변경 사항을 확인하기 위해 수행하는 검사입니다.

치주 스케일링 및 치근 활택술 스케일링은 잇몸 질환이 있는 환자를 위한 일반적인 치과 시술입니다. 이는 잇몸선 아래에 닿는 일종의 치아 세정으로, 쌓인 치태를 제거합니다. 스케일링 및 치근 활택술 절차는 종종 딥 클리닝이라고 합니다.

플랜 제공자 - "네트워크 제공자"를 참조하십시오.

양전자 방출 단층촬영(PET) 스캔 - 환자에게 동위원소를 주입하고 PET 스캐너를 사용하여 방출되는 방사선을 감지하는 의료 영상 기술입니다.

우선 비용 부담금 - 우선 비용 부담금은 특정 네트워크 약국에서 특정한 보장 파트 D 약품에 대한 낮은 비용 부담금을 의미합니다.

선호 제공자 조직(PPO) 플랜 - 선호 제공자 조직 플랜은 구체적인 지불 금액으로 플랜 가입자를 치료하기로 합의하고 계약을 체결한 네트워크 소속 제공자를 보유한 Medicare Advantage 플랜을 뜻합니다. PPO 플랜은 네트워크 또는 네트워크 외 제공자로부터 받은 모든 플랜 혜택을 보장해야 합니다. 네트워크 외 제공자로부터 플랜의 혜택을 받을 경우 본인부담비용은 일반적으로 더 높아집니다. PPO 플랜에는 네트워크(우선) 제공자로부터 받는 서비스에 대한 본인부담비용에 연간 한도가 있으며, 네트워크(우선) 및 네트워크 외(비우선) 제공자로부터 받는 서비스에 대한 전체 본인부담비용 한도가 더 높습니다.

보험료 - Medicare, 보험 회사, 또는 건강이나 처방약 보장을 위한 의료 플랜에 대한 정기적인 지불액입니다.

처방약 가이드(처방집) - 플랜에서 제공하는 보장 의약품 목록입니다. 이 목록에 있는 의약품은 의사 및 약사의 도움을 받아 플랜에 포함된 것입니다. 이 목록에는 브랜드 약과 복제약이 모두 포함됩니다.

일차의료 제공자(PCP) - 대부분의 건강 문제와 관련하여 가입자가 가장 먼저 진료를 받는 의사 또는 다른 제공자입니다. 많은 Medicare 건강 플랜에서는 다른 의료 제공자를 만나기 전에 일차의료 제공자를 먼저 만나야 합니다.

사전 승인 - 서비스 또는 특정 약을 받기 위해 사전에 획득하는 승인입니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 4장의 의료 혜택 차트에 표시됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 약은 처방집에 표시되어 있습니다.

12장 주요 용어 정리

예방 진료(클리닝) - 영구 및 과도 치열 상태의 치아 구조 및 임플란트에서 치태, 치석 및 착색을 제거합니다. 예방 진료는 뼈 손실, 출혈, 이동성, 삼출물 및 후전 등 치주 질환의 징후 및 증상을 보이지 않는 사람들에게만 해당됩니다. 따라서 예방 진료는 치주 질환이 아직 없는 환자를 위한 예방적 절차이며 치주적으로 건강한 환자들에게만 활용해야 합니다.

인공 보철물 및 보조 장치 - 팔, 등 및 목 보조기, 의족, 의안을 비롯한 의료 장치와 개구 수술 용품과 비경구 영양요법 등 체내 부위 또는 기능을 대체하는 데 필요한 장치가 포함되며 이에 국한하지는 않습니다.

품질 개선 기관(QIO) - Medicare 환자들에게 제공되는 진료를 확인하고 개선하기 위해 연방 정부가 비용을 지불하는 개업의 및 기타 의료 전문가 그룹입니다.

수량 제한 - 품질, 안전성 또는 이용도의 이유로 선택한 의약품의 사용을 제한하도록 설계한 관리 도구입니다. 그 제한은 처방전당, 또는 정해진 기간 동안 보장하는 의약품의 양으로 정해집니다.

방사선 - 엑스레이 및 고에너지 방사선을 사용하여 질병을 식별하고 치료하는 기타 특수 의료 절차입니다.

실시간 혜택 도구 - 가입자가 완전하고, 정확하며, 적시에, 임상적으로 적절하며, 가입자별 처방집 및 혜택 정보를 찾을 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션입니다. 여기에는 비용 부담금, 특정 약과 동일한 건강 상태에 대해 사용될 수 있는 대체 처방집 의약품, 대체 의약품에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 단계적 치료법, 수량 제한)이 포함됩니다.

재활 서비스 - 이러한 서비스에는 물리치료, 음성 및 언어치료, 작업치료 등이 포함됩니다.

선별 유방조영상 - 환자에게 유방 암이 있는 경우 조기에 발견하기 위한 특수 엑스레이 검사입니다.

서비스 지역 - 특정 건강 플랜에 가입하기 위해 거주해야 하는 지리적 영역입니다. 의사 및 병원을 제한하는 플랜의 경우, 일반적으로 정기(비 응급 상황) 서비스를 받을 수 있는 지역이기도 합니다. 가입자가 플랜의 서비스 지역 밖으로 영구적으로 이사를 가는 경우에는 플랜에서 탈퇴됩니다.

전문요양시설(SNF) 케어 - 전문요양시설에서 매일 지속적으로 제공되는 전문요양 케어 및 재활 서비스를 의미합니다. 이 예로는 전문 간호사 또는 의사만 수행할 수 있는 물리치료 또는 정맥주사 등이 있습니다.

특별 가입 기간 - 가입자가 건강 또는 의약품 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 돌아갈 수 있도록 정해진 기간. 특별 가입 기간이 적용되는 상황은 가입자가 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우, 처방약 비용에 "부가 지원"을 받는 경우, 가입자가 요양원에 들어가는 경우, 또는 당사가 가입자와의 계약을 위반한 경우 등이 있습니다. 이를 특별 선발 기간 또는 "SEP"라고도 합니다.

특수 요구 플랜 - Medicare 및 Medicaid를 보유하고 있으며 요양원에 거주하거나 만성 질환을 앓고 있는 특정 집단에 대해 집중 의료 서비스를 제공하는 특수 Medicare Advantage 플랜입니다.

표준 비용 부담금 - 표준 비용 부담금은 네트워크 약국에서 제공하는 우선 비용 부담금 이외의 비용 부담금입니다.

단계적 치료법 - 의사가 처음 처방한 의약품에 대한 보장을 제공하기 전에 다른 의약품을 사용하여 가입자의 질환을 치료하는 데 필요한 활용 도구.

보충적 보장소득(SSI) - 시각 장애 혹은 다른 장애가 있거나 65세 이상의 노인 가운데 소득이 낮고 자원이 제한된 가입자를 대상으로 사회보장국에서 매달 제공하는 혜택. SSI 혜택은 사회보장국의 혜택과 다릅니다.

12장 주요 용어 정리

긴급 치료 센터 - 입원 없이 갑작스런 부상 또는 질병을 식별하고 치료하기 위해 의사 및 간호사의 제공 서비스를 제공하는 허가된 의료 시설입니다.

긴급하게 필요한 서비스 - 네트워크 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 찾지 못할 경우 또는 가입자가 서비스 지역 밖에 있을 때 제공되는 응급 서비스가 아닌 보장 서비스입니다. 예를 들어, 주말에 즉시 치료를 받아야 하는 상황이 여기에 해당할 수 있습니다. 서비스는 즉시 필요하며 의료적 필요성이 있습니다.

자료 A - 주 기관 연락처 정보

이 절에서는 2장에서 언급한 주 기관 및 이 보장 범위 증명서 내 다른 위치에 있는 주 기관의 연락 정보를 제공합니다. 원하는 정보를 찾는 데 문제가 있는 경우 이 책자의 뒷표지에 있는 전화번호로 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

중요 사항

Humana에서는 여러분이 공정한 대우를 받는 것을 중요하게 여깁니다.

Humana Inc. 및 그 자회사는 인종, 피부색, 출신국, 나이, 장애, 성별, 성 지향성, 젠더, 성 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 **TTY**를 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 전자 민원을 제기할 수 있으며, **U.S. Department of Health and Human Services(미국 보건 복지부)**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **800-537-7697(TDD)**을 통해 민원을 제기할 수도 있습니다. 민원 양식은 다음에서 확인할 수 있습니다. <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **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 분들께 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 panggamot. 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 بخططنا 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 Italianovi 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。

메모

메모

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

연락 방법 고객지원팀 - 연락처 정보	
전화	1-800-457-4708 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 연락할 수 있습니다. 고객지원팀에서는 영어 이외의 언어 사용 고객을 위해 무료로 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.
팩스	1-877-837-7741
우편	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
웹사이트	Humana.com/customer-support

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 연방 정부로부터 자금을 받는 주 정부 프로그램으로 Medicare 가입자를 대상으로 무료 현지 건강 보험 상담을 제공합니다.

SHIP에 대한 연락 정보는 본 문서의 "자료 A"에 나와 있습니다.

PRA 공개 진술서 1995년 문서 감축 법안에 따르면 유효한 OMB 관리 번호가 없으면 어떠한 개인도 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1051입니다. 이 양식을 개선하기 위한 의견이나 제안 사항이 있는 경우 다음 주소로 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Humana Inc.
PO Box 14168
Lexington, KY 40512-4168



중요 플랜 정보

H5619136003EOCKO24

Humana[®]

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