

2025

# 처방약

# 혜택 요약서

---

Humana Group Medicare Advantage 플랜  
Rx 553

Board of Pensions of the Presbyterian Church

**Humana**<sup>®</sup>

이 페이지는 의도적으로 비워 두었습니다.



# Humana Group Medicare Advantage Rx 플랜에 대해 알아보도록 하죠.

이 사용하기 쉬운 안내서에서 보장 서비스를 포함하여 Humana Group Medicare Advantage Rx 플랜에 대해 자세히 알아보세요.

제공된 혜택 정보는 당사가 보장하는 혜택과 가입자가 부담하는 내용에 대한 요약입니다. 여기에는 당사가 다루는 모든 서비스가 나열되어 있지 않고, 제한사항이나 제외사항도 모두 기재되어 있지 않습니다. 지원되는 전체 서비스 목록은 '보장범위증명서'를 참조하십시오.

---



## 공제금

### 약국(파트 D) 공제금

이 플랜에는 공제금이 없습니다.



## 처방약 혜택

초기 보장(해당하는 경우 본인 공제금 지불 후)

총 본인 부담 약품 비용이 **\$2,000**에 도달할 때까지 다음을 지불합니다. 이 금액에 도달하면 재난적 단계로 진입하게 됩니다.

계층	일반 소매 약국	일반 우편 주문
<b>30일분</b>		
<b>1 (복제약 또는 우선 복제약)</b>	공동 부담금 <b>\$5</b>	공동 부담금 <b>\$5</b>
<b>2 (우선 브랜드약)</b>	비용의 <b>30%</b> (처방전당 최소 <b>\$20</b> , 최대 <b>\$100</b> 가입자 공동 부담금)	비용의 <b>30%</b> (처방전당 최소 <b>\$20</b> , 최대 <b>\$100</b> 가입자 공동 부담금)
<b>3 (비우선 약품)</b>	비용의 <b>50%</b> (처방전당 최소 <b>\$50</b> , 최대 <b>\$150</b> 가입자 공동 부담금)	비용의 <b>50%</b> (처방전당 최소 <b>\$50</b> , 최대 <b>\$150</b> 가입자 공동 부담금)
<b>4 (특수 계층)</b>	비용의 <b>50%</b> (처방전당 최소 <b>\$50</b> , 최대 <b>\$150</b> 가입자 공동 부담금)	비용의 <b>50%</b> (처방전당 최소 <b>\$50</b> , 최대 <b>\$150</b> 가입자 공동 부담금)

계층	일반 소매 약국	일반 우편 주문
<b>90일분</b>		
<b>1 (복제약 또는 우선 복제약)</b>	공동 부담금 <b>\$15</b>	공동 부담금 <b>\$12.50</b>
<b>2 (우선 브랜드약)</b>	비용의 <b>30%</b> (처방전당 최소 <b>\$60</b> , 최대 <b>\$300</b> 가입자 공동 부담금)	비용의 <b>30%</b> (처방전당 최소 <b>\$50</b> , 최대 <b>\$250</b> 가입자 공동 부담금)
<b>3 (비우선 약품)</b>	비용의 <b>50%</b> (처방전당 최소 <b>\$150</b> , 최대 <b>\$450</b> 가입자 공동 부담금)	비용의 <b>50%</b> (처방전당 최소 <b>\$125</b> , 최대 <b>\$375</b> 가입자 공동 부담금)
<b>4 (특수 계층)</b>	해당 없음	해당 없음

각 계층에는 복제 약품과 브랜드 약품은 물론 Medicare 보장 약품도 포함될 수 있습니다. 각 계층에서 일반적으로 처방되는 약을 확인하려면 처방약 가이드/처방집을 참조하십시오. 온라인에서 가장 완전한 최신 약품 가이드 정보를 보려면 [www.humana.com/SearchResources](http://www.humana.com/SearchResources) 에서 처방약 섹션을 찾아 [www.humana.com/MedicareDrugList](http://www.humana.com/MedicareDrugList) 링크를 선택하고, 인쇄 가능한 약품 목록에서 인쇄 가능한 약품 목록을 클릭한 후 향후 플랜 연도를 선택하고 플랜 유형에서 그룹 Medicare를 선택한 후 GRP61 을 검색합니다.

**백신 비용 지불에 대한 중요 메시지** - 이 플랜은 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장합니다(해당하는 경우 공제금을 지불하지 않은 경우에도). 자세한 내용은 Humana Group Medicare 고객 지원에 문의하십시오.

**인슐린 비용에 대한 중요 메시지** - 이 플랜에서 보장하는 각 인슐린 제품의 1개월분 공급량에 대해 어떤 비용 부담 계층에 있든 **35달러**를 초과하여 지불하지 않습니다.

#### 추가 약품 보장

##### Original Medicare 제외 약품

Original Medicare에서 제외되는 특정 약품은 이 플랜에서 보장됩니다. 특정 기침/감기, 발기부전, 불임, 비타민/미네랄, 체중 감량 약품에 대해서는 계층 수준과 관련된 비용 부담금을 지불합니다. 이러한 약품에 대한 처방전을 조제받을 때 지불하는 금액은 재난적 보장 단계의 자격을 충족하는 데 포함되지 않습니다. 자세한 내용은 가입자 카드 뒷면에 있는 전화번호로 Humana Group Medicare 고객 지원에 문의하십시오.

#### 재난적 보장

총 본인부담비용이 **\$2,000**에 도달하면 플랜에서 보장하는 파트 D 및 제외 약품에 대해 **\$0**를 지불합니다.









## 차별 금지 고지문

Humana 및 그 자회사는 관련 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 종교, 성별, 성 정체성, 성별, 성 지향성, 나이, 장애, 출신국, 군복무 여부, 퇴역 군인 신분, 유전 정보, 혈통, 민족성, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 의료 서비스 필요성 등을 이유로 사람을 차별하거나 배척하지 않습니다. Humana Inc.:

- 장애를 가진 분들이 저희와 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 합리적인 수정과 적절한 무료 보조 지원 및 서비스를 제공합니다.
  - 자격을 갖춘 수화 통역사
  - 다른 형식의 서면 정보(큰 글씨, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 주 사용 언어가 영어가 아닌 분들에게 언어 서비스를 무료로 제공하며 다음이 포함될 수 있습니다.
  - 자격을 갖춘 통역사
  - 다른 언어로 작성된 정보

합리적인 수정, 적절한 보조 지원 또는 언어 지원 서비스가 필요한 경우 **1-877-320-1235(TTY: 711)**로 전화하십시오. 운영 시간: 오전 8시 - 오후 8시(동부 표준시). Humana Inc.가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 종교, 젠더, 성 정체성, 성별, 성 지향성, 나이, 장애, 출신국, 군복무 여부, 퇴역 군인 신분, 유전 정보, 혈통, 민족성, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 의료 서비스의 필요성 등을 이유로 차별했다고 여기는 경우, Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **1-877-320-1235 (TTY: 711), [accessibility@humana.com](mailto:accessibility@humana.com)**을 통해 Humana Inc.'s Non-Discrimination Coordinator에게 본인이 직접, 우편 혹은 이메일로 고충을 제기할 수 있습니다. 고충을 제기하는 데 도움이 필요한 경우 Humana Inc.의 차별 금지 코디네이터가 도움을 드릴 수 있습니다.

또한, 미국 보건복지부, 민권 담당국 민원 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 통해 전자 방법으로 민원을 제출하시거나, 아래의 주소나 전화로 연락하실 수 있습니다.

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).**

### California 가입자:

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

이 공지는 [www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure](http://www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure)에서 확인할 수 있습니다.

GHHNDN2025HUM

## 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 bezpłatnie 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。



## 자세히 알아보기



이 플랜의 약국 명부는 <https://www.Humana.com/finder/pharmacy/> 또는 이 책자 앞부분에 나와 있는 번호로 전화하시면 보내드립니다.



이 플랜의 처방집 약품목록은 [www.Humana.com/medicaredruglist](http://www.Humana.com/medicaredruglist) 또는 이 책자 앞부분에 나와 있는 번호로 전화하시면 보내드리겠습니다.

Humana는 Medicare와 계약을 맺은 Medicare Advantage HMO 및 PPO 기관이며 단독 처방약 플랜입니다. Humana 플랜 가입은 계약 갱신에 따릅니다.

모든 제품의 이름, 로고, 브랜드, 상표들은 각각의 소유자들의 재산이며 이를 사용하는 것이 보증을 뜻하지는 않습니다.

**Humana**<sup>®</sup>

Humana.com

RX553KO25