연례 변경사항 통지

HMSA Akamai Advantage
Dual Care (PPO D-SNP)

2025

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

hmsa

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

H3832_1140_8700_1063906_AA_Dual _Care_25_M

HMSA Akamai Advantage Dual Care (PPO D-SNP)는 하와이 의료 서비스 협회(HMSA)에서 제공합니다

2025 년 연례 변경사항 통지

귀하는 현재 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 의 회원으로 가입되어 있습니다. 내년도에 플랜의 비용과 혜택에 변경사항이 있습니다. ***보험료를 포함한 중요 비용 요약은 5 페이지를 참조하십시오.***

이 문서에서는 귀하의 플랜 변경사항에 대해 설명합니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 내용은 저희 웹사이트(www.hmsa.com/advantage)에 있는 *보장 범위 증명서*를 검토하시기 바랍니다. 또한 고객관리부(Customer Relations)에 전화하여 *보장 범위 증명서*를 우송해 달라고 요청하실 수 있습니다.

지금 취해야 할 조치

1. **질문**: 귀하에게 어떤 변경사항이 적용되는지

☐ 저희 혜택과 비용에 대한 변경사항을 검토하고 이러한 변경사항이 귀하에게 영향을 미치는지 확인하십시오.

- 의료 비용(의사, 병원)에 대한 변경사항을 검토해 보십시오.
- 보장 제한 및 비용 분담을 포함하여 의약품 보장에 대한 변경사항을 검토하십시오.
- 보험료, 공제액 및 비용분담금에 얼마를 지출하게 될지 생각해 보십시오.
- 현재 복용 중인 약품이 여전히 보장되는지 확인하려면 2025 년 "의약품 목록"의 변경사항을 확인하십시오.
- 2024 년과 2025 년 플랜 정보를 비교하여 이러한 약품 중 어느 것이든 다른 비용 분담 계층으로 이동하고 있는지 여부 또는 2025 년에 사전 승인, 단계 치료 또는 수량 제한과 같은 다른 제한의 적용을 받을 것인지 여부를 확인하십시오.

☐ 귀하의 주치의, 전문의, 병원 및 약국을 포함한 기타 서비스 제공자가 내년에 저희 네트워크에 포함되는지 확인하십시오.

☐ 귀하께서 처방약 비용 지급을 위한 도움을 받을 자격이 있는지 확인하십시오. 소득이 제한적인 개인들은 Medicare 로부터 "별도 보조"를 받을 자격이 있을 수 있습니다.

☐ 저희 플랜에 만족하시는지 생각해 보십시오.

2. **비교:** 다른 선택 가능한 플랜에 대해 알아보십시오

☐ 귀하의 지역에 해당하는 보장 및 플랜 비용을 확인하십시오. www.medicare.gov/plan-compare 웹사이트에서 Medicare 플랜 검색기를 사용하거나, *Medicare & You 2025* 핸드북 뒷면에 있는 목록을 검토하십시오. 추가 지원이 필요한 경우, 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)에 연락하여 교육받은 상담사와 상담하십시오.

☐ 선호하는 플랜으로 선택 범위를 좁힌 후에 플랜 웹사이트에서 비용과 보장을 확인하십시오.

3. **선택:** 귀하가 플랜을 변경하기를 원하는지 여부를 결정하십시오

OMB 승인 0938-1051(만료일: 2026 년 8 월 31 일)

- 2024 년 12 월 7 일까지 다른 플랜에 가입하지 않으면 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 가 그대로 유지됩니다.
- **다른 플랜**으로 변경하려면, 10 월 15 일에서 12 월 7 일 사이에 전환하실 수 있습니다. 귀하의 새로운 보장은 **2025 년 1 월 1 일**부터 시작됩니다. 그러면 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 가입은 종료됩니다.
- 선택 가능 옵션들에 관한 자세한 정보는 섹션 3.2 를 참조하십시오.
- 기관(예: 전문 요양 시설 또는 장기 요양 병원)에 최근 입소했거나, 현재 재원 중인 경우 언제든지 플랜을 전환하거나 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜 유무와 관계없이)로 전환할 수 있습니다. 기관에서 최근 퇴소한 경우, 퇴소한 달 이후 만 2 개월 동안 플랜을 전환하거나 Original Medicare 로 전환할 기회가 있습니다.

추가 자원

- 본 문서는 일로카노어, 베트남어, 중국어 및 한국어로 무료로 제공됩니다.
- 자세한 내용은 오아후의 경우 (808) 948-6000 번. 옵션 6 이웃 섬 및 미국 본토의 경우 무료 전화 1-800-660-4672 번으로 고객관리부에 문의하시기 바랍니다. (TTY 사용자는 711 번으로 전화하셔야 합니다). 운영 시간은 주 7 일, 오전 7 시 45 분~오후 8 시까지입니다. 이 통화는 무료입니다.
- 고객관리부에서는 영어를 사용하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다(전화번호는 이 책자의 섹션 7.1 에 나와 있습니다).
- 이 정보는 큰 활자로 제공됩니다. 다른 형식의 플랜 정보가 필요한 경우, 고객관리부로 전화하십시오.
- **이 플랜을 통해 받는 보장은 조건부 의료 보장(Qualifying Health Coverage, QHC)의 자격이 주어지며** 또한 환자 보호 및 적정가 의료법(Affordable Care Act, ACA)의 개인 분담금 규정을 충족시킵니다. 미국 국세청(IRS) 웹사이트인 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 를 방문하여 자세한 정보를 확인하십시오.

***HMSA Akamai Advantage Dual Care* 소개**

- HMSA Akamai Advantage® Dual Care 는 Medicare 와 계약을 맺은 PPO D-SNP 플랜이며 하와이주 Medicaid Managed Care Program 입니다. HMSA Akamai Advantage 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다.
- 본 책자에서 “당사” 또는 “저희”라고 명시하는 경우, 이는 Hawai‘i Medical Service Association(HMSA)을 의미합니다. “플랜” 또는 “저희 플랜”이라고 명시하는 경우, 이는 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 를 의미합니다.

2025 년 연례 변경사항 통지
목차

섹션 1 내년도 혜택과 비용 변경사항 8

섹션 1.1 – 월 보험료 변경사항 8
섹션 1.2 – 최대 본인지불금 금액 변경사항 8
섹션 1.3 – 서비스 제공자 및 약국 네트워크 변경사항 9
섹션 1.4 – 의료 서비스 혜택 및 비용 변경사항 10
섹션 1.5 - Part D 처방약 보장 변경사항 36

섹션 2 관리 변경사항 38

섹션 3 선택할 플랜 결정 39

섹션 3.1 – *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 를 유지하려는 경우 39
섹션 3.2 – 플랜을 변경하고 싶으신 경우 39

섹션 4 플랜 변경 마감일 40

섹션 5 Medicare 및 Medicaid 에 관한 무료 상담 제공 프로그램 41

섹션 6 처방약 비용 지급을 도와주는 프로그램 41

섹션 7 질문이 있으십니까? 42

섹션 7.1 – *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 로부터 도움 받기 42
섹션 7.2 – Medicare 로부터 도움 받기 42
섹션 7.3 – QUEST (Medicaid)로부터 도움 받기 43

2025 년의 중요 비용 요약

아래 표에서는 몇 가지 중요한 영역에서 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 의 2024 년 비용과 2025 년 비용을 비교합니다. **이는 비용 요약에 불과함에 유의하십시오.** Medicaid 에 따라 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 공제액, 의사 진료실 방문 및 병원 입원에 대해 $0 를 지불합니다.

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
월 플랜 보험료* *귀하의 보험료는 이 금액보다 많거나 적을 수 있습니다. 자세한 정보는 섹션 1.1 을 참조하십시오.	저희 플랜의 회원은 처방약 비용에 대한 “별도 보조” 자격이 없는 한 월 플랜 보험료를 납부합니다. “별도 보조” 자격이 있는 경우 월 플랜 보험료(처방약 플랜 보험료)를 납부하지 않습니다. Medicare 및 QUEST (Medicaid) 가입자는 자동으로 “별도 보조” 자격이 부여됩니다. 2024 년 플랜의 월 보험료는 $40.80 입니다.	저희 플랜의 회원은 처방약 비용에 대한 “별도 보조” 자격이 없는 한 월 플랜 보험료를 납부합니다. “별도 보조” 자격이 있는 경우 월 플랜 보험료(처방약 플랜 보험료)를 납부하지 않습니다. Medicare 및 QUEST (Medicaid) 가입자는 자동으로 “별도 보조” 자격이 부여됩니다. 2025 년 플랜의 월 보험료는 $47.70 입니다.
공제액(Deductible)	내구성 의료 장비 품목을 통해 제공되는 인슐린은 제외하고 $240. 귀하가 Medicaid 에 따른 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 귀하는 $0 를 지불합니다.	내구성 의료 장비 품목을 통해 제공되는 인슐린은 제외하고 $240. 이 금액은 2025 년에 변경될 수 있습니다. 귀하가 Medicaid 에 따른 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 귀하는 $0 를 지불합니다.
의사 진료실 방문	일차진료의 방문: 각 방문당 본인부담금 $0 전문의 방문: 각 방문당 본인부담금 $0 Medicaid 에 따라 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 귀하는 각 방문당 $0 를 지불합니다.	일차진료의 방문: 각 방문당 본인부담금 $0 전문의 방문: 각 방문당 본인부담금 $0 Medicaid 에 따라 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 귀하는 각 방문당 $0 를 지불합니다.

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
병원 입원 치료	Medicare 에서 보장하는 병원 입원 시: 1~90 일차: 1 일당 본인부담금 $0 각 평생 추가 입원일수(Lifetime Reserve Day) 본인부담금 $0. 귀하가 Medicaid 에 따른 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 귀하는 $0 를 지불합니다.	Medicare 에서 보장하는 병원 입원 시: 1~90 일차: 1 일당 본인부담금 $0 각 평생 추가 입원일수(Lifetime Reserve Day) 본인부담금 $0. 귀하가 Medicaid 에 따른 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 귀하는 $0 를 지불합니다.
Part D 처방약 보장 (자세한 정보는 섹션 1.5 를 참조하십시오.) 대부분의 회원은 처방약 비용에 대해 "별도 보조"를 받기 때문에 대부분의 회원에게는 공제 단계가 적용되지 않습니다.	공제액: 보장되는 인슐린 제품과 대부분의 성인 Part D 백신을 제외하고 $545. 최초 보험보장 단계 동안의 본인부담금/공동보험금: "별도 보조" 자격이 <u>있는</u> 회원은 보장되는 처방약에 대해 다음 비용을 지불하게 됩니다. • 제네릭/우선 다품목(Multi-Source) 약품: $0 • 기타 약품: $0 "별도 보조" 자격이 <u>없는</u> 회원은 보장되는 처방약에 대해 다음 비용을 지불하게 됩니다. • 비용의 25% • 귀하는 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 월 공급분당 $35 를 지불합니다.	공제액: 보장되는 인슐린 제품과 대부분의 성인 Part D 백신을 제외하고 $590. 최초 보험보장 단계 동안의 본인부담금/공동보험금: "별도 보조" 자격이 <u>있는</u> 회원은 보장되는 처방약에 대해 다음 비용을 지불하게 됩니다. • 제네릭/우선 다품목(Multi-Source) 약품: $0 • 기타 약품: $0 "별도 보조" 자격이 <u>없는</u> 회원은 보장되는 처방약에 대해 다음 비용을 지불하게 됩니다. • 비용의 25% • 귀하는 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 월 공급분당 $35 를 지불합니다.

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
	비상 재해 보험보장 단계: • 이 지불 단계 동안, 플랜은 보장되는 Part D 약품에 대한 비용 전액을 지급합니다. 귀하는 어떤 비용도 지불하지 않습니다.	비상 재해 보험보장 단계: • 이 지불 단계 동안, 플랜은 보장되는 Part D 약품에 대한 비용 전액을 지급합니다. 귀하는 어떤 비용도 지불하지 않습니다.
최대 본인지불금 이는 보장되는 Part A 및 Part B 서비스에 대해 귀하가 본인지불금으로 지불하게 될 최대 금액입니다. (자세한 정보는 섹션 1.2 를 참조하십시오.)	네트워크 서비스 제공자로부터: $8,850 네트워크 및 네트워크 외 서비스 제공자 총합: $13,300 귀하는 보장되는 Part A 및 Part B 서비스에 대한 최대 본인지불금(maximum out-of-pocket)에 대해 어떠한 본인 부담 비용(out-of-pocket costs)도 지불할 책임이 없습니다.	네트워크 서비스 제공자로부터: $9,350 네트워크 및 네트워크 외 서비스 제공자 총합: $14,000 귀하는 보장되는 Part A 및 Part B 서비스에 대한 최대 본인지불금(maximum out-of-pocket)에 대해 어떠한 본인 부담 비용(out-of-pocket costs)도 지불할 책임이 없습니다.

섹션 1 내년도 혜택과 비용 변경사항

섹션 1.1 – 월 보험료 변경사항

혜택 카테고리	2024 년(올해)	2025 년(내년)
월 보험료 (또한 QUEST (Medicaid)에서 대신 납부하지 않는 한 귀하는 Medicare Part B 보험료를 계속 납부해야 합니다.)	저희 플랜의 회원은 처방약 비용에 대한 "별도 보조" 자격이 없는 한 월 플랜 보험료를 납부합니다. "별도 보조" 자격이 있는 경우 월 플랜 보험료(처방약 플랜 보험료)를 납부하지 않습니다. Medicare 및 QUEST (Medicaid) 가입자는 자동으로 "별도 보조" 자격이 부여됩니다. 2024 년 플랜의 월 플랜 보험료는 $40.80 입니다.	저희 플랜의 회원은 처방약 비용에 대한 "별도 보조" 자격이 없는 한 월 플랜 보험료를 납부합니다. "별도 보조" 자격이 있는 경우 월 플랜 보험료(처방약 플랜 보험료)를 납부하지 않습니다. Medicare 및 QUEST (Medicaid) 가입자는 자동으로 "별도 보조" 자격이 부여됩니다. 2025 년 플랜의 월 플랜 보험료는 $47.70 입니다.
Part B 보험료 인하	2024 년에는 Part B 보험료 감액이 없습니다.	저희 플랜의 회원으로서, *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 는 귀하의 월 Medicare Part B 보험료를 $3 낮출 것입니다. 감액은 Medicare 에서 설정하고 사회보장국(SSA)을 통해 관리됩니다. 귀하의 Medicare Part B 보험료 납부 방법에 따라, 귀하의 감액 금액은 사회보장 수표에 적립되거나 Medicare Part B 보험료 명세서에 적립될 수 있습니다.

섹션 1.2 – 최대 본인지불금 금액 변경사항

Medicare 는 모든 의료 플랜에서 귀하가 연간 지불하는 본인지불금을 제한하도록 요구합니다. 이 한도를 최대 본인지불금이라고 합니다. 이 금액에 도달하면 일반적으로 해당 연도의 나머지 기간 동안 보장되는 Part A 및 Part B 서비스에 대해 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
최대 본인지불금 **저희 회원들은 Medicaid 의 지원도 받기 때문에 이 최대 본인지불금에 도달하는 회원은 거의 없습니다.** 귀하는 보장되는 Part A 및 Part B 서비스에 대한 최대 본인지불금에 대해 어떠한 본인지불금도 지불할 책임이 없습니다. 보장되는 의료 서비스에 대한 귀하의 비용(예: 본인부담금 및 공제액)은 귀하의 최대 본인지불금에 포함됩니다. 귀하의 플랜 보험료와 처방약 비용은 최대 본인지불금에 포함되지 않습니다.	$13,300	$14,000 보장되는 Part A 및 Part B 서비스에 대해 본인지불금 $14,000 를 지불한 후에는, 남은 연도 동안 보장되는 Part A 및 Part B 서비스에 대해 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

섹션 1.3 – 서비스 제공자 및 약국 네트워크 변경사항

처방약에 지급하는 금액은 귀하가 이용하시는 약국에 따라 다를 수 있습니다. Medicare 약품 플랜은 약국 네트워크를 가지고 있습니다. 대부분의 경우, 귀하의 처방약은 네트워크 약국 중 하나에서 조제하는 경우에만 보장됩니다.

업데이트된 디렉토리는 저희 웹사이트(www.hmsa.com/advantage)에서도 확인하실 수 있습니다. 또한 고객관리부에 전화하여 업데이트된 서비스 제공자 및/또는 약국 정보를 요청하거나, 디렉토리를 우편 발송해 달라고 요청하면 영업일 기준 3 일 이내에 우편으로 보내드립니다.

내년에 저희 서비스 제공자 및 정기 시력 관리 제공자 및 치과 서비스 제공자 네트워크에 대한 변경사항이 있습니다. **2025 년 *서비스 제공자 디렉터리*를 검토하여 귀하의 서비스 제공자(주치의, 전문의, 병원 등)가 저희 네트워크에 있는지 확인해 주십시오. 2025 년 *정기 시력 관리 제공자 디렉터리*를 검토하여 귀하의 정기 시력 관리 제공자가 저희 네트워크에 있는지 확인해 주십시오. 2025 년 *치과 서비스 제공자 디렉터리*를 검토하여 귀하의 치과 서비스 제공자가 저희 네트워크에 있는지 확인하십시오.**

내년에 저희 약국 네트워크에 대한 변경 사항이 있습니다. **2025 년 *서비스 제공자 디렉터리*를 검토하여 어떤 약국이 네트워크에 포함되어 있는지 확인해 주십시오**.

귀하는 저희가 연중 귀하 플랜의 일부인 병원, 의사, 정기 시력 관리 제공자, 전문의(서비스 제공자) 및 약국을 변경할 수 있다는 점을 알아두시는 것이 중요합니다. 저희 서비스 제공자의 연도 중 변경사항이 귀하에게 영향을 미치는 경우, 고객관리부에 문의하여 도움을 받으시기 바랍니다.

섹션 1.4 – 의료 서비스 혜택 및 비용 변경사항

*연례 변경사항 통지*에는 귀하의 Medicare 혜택 및 비용에 대한 변경사항이 명시되어 있습니다.

저희는 내년에 특정 의료 서비스에 대한 비용 및 혜택을 변경할 예정입니다. 아래 정보는 이러한 변경 사항에 대해 설명합니다.

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
치과 서비스 **치과 서비스 (계속)**	일반적으로 예방 치과 서비스(클리닝, 정기 치과 검진 및 치과 X-레이 등)는 Original Medicare 를 통해 보장되지 않습니다. 그러나 Medicare 는 현재 제한된 상황, 특히 해당 서비스가 수혜자의 일차 의료 상태에 대한 특정 치료의 필수적인 부분인 경우 치과 서비스 비용을 지급합니다. 일부 예로는 골절 또는 부상 후 턱 재건, 턱 관련 암에 대한 방사선 치료를 준비하기 위한 발치, 신장 이식 전 구강 검사 등이 있습니다. 일반적으로 예방 치과 혜택(예: 클리닝)은 저희 플랜에서 보장되지 않습니다. QUEST Integration(Medicaid)은 진단, 예방, 복원 및 일부 보철 서비스를 보장합니다. **네트워크 내** Medicare 에서 보장하는 치과 혜택을 위한 방문 1 회당 본인부담금 $0. **네트워크 외** Medicare 에서 보장하는 치과 혜택을 위한 방문 1 회당 비용의 30%.	일반적으로 예방 치과 서비스(클리닝, 정기 치과 검진 및 치과 X-레이 등)는 Original Medicare 를 통해 보장되지 않습니다. 그러나 Medicare 는 현재 제한된 상황, 특히 해당 서비스가 수혜자의 일차 의료 상태에 대한 특정 치료의 필수적인 부분인 경우 치과 서비스 비용을 지급합니다. 일부 예로는 골절 또는 부상 후 턱 재건, 턱 관련 암에 대한 방사선 치료를 준비하기 위한 발치, 신장 이식 전 구강 검사 등이 있습니다. 또한 다음을 보장합니다. **<u>진단 및 예방 치과 서비스:</u>** • 구강 검사 – 매년 2 회 • 클리닝 – 매년 2 회 • 구강 전체 X-레이 또는 파노라마 X-레이: 5 년마다 1 세트 • 교익 X-레이: 구강 전체 X-레이 또는 파노라마 X-레이 후 12 개월 이내에 실시한 경우를 제외하고, 매년 1 세트 • 불소: 매년 2 회 치료 • 실버 디아민 불화물: 매년 2 회 치료

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
		<u>종합 치과 서비스:</u> • 충전재: 매년 2 회 • 발치: 매년 4 회 QUEST (Medicaid)는 진단, 예방, 복원 및 몇 가지 보철 서비스를 보장합니다. **네트워크 내** Medicare 보장 치과 서비스에 대해 방문 1 회당 본인부담금 $0. 진단 및 예방 치과 서비스와 종합 치과 서비스에 대해 본인부담금 $0. **네트워크 외** Medicare 보장 치과 서비스에 대해 방문 1 회당 비용의 30%. 진단 및 예방 치과 서비스와 종합 치과 서비스에 대해 비용의 30%.
당뇨병 검사	귀하에게 고혈압, 콜레스테롤 및 중성지방 이상 수치(이상지질혈증), 비만, 고혈당 병력과 같은 위험 인자가 있는 경우 저희는 이 선별검사(공복 혈당 검사 포함)를 보장합니다. 과체중 및 당뇨 가족력과 같은 다른 요건을 충족하는 경우에도 검사가 보장될 수 있습니다. 이러한 검사 결과에 기반하여, 귀하는 12 개월마다 최대 2 회의 당뇨 선별검사를 받을 자격이 주어질 수 있습니다.	귀하에게 고혈압, 콜레스테롤 및 중성지방 이상 수치(이상지질혈증), 비만, 고혈당 병력과 같은 위험 인자가 있는 경우 저희는 이 선별검사(공복 혈당 검사 포함)를 보장합니다. 과체중 및 당뇨 가족력과 같은 다른 요건을 충족하는 경우에도 검사가 보장될 수 있습니다. 가장 최근의 당뇨병 선별검사일 이후 12 개월마다 최대 2 회의 당뇨병 선별검사를 받을 자격이 있을 수 있습니다.
당뇨 자가 관리 교육, 당뇨 서비스 및 소모품 **당뇨 자가 관리 교육, 당뇨 서비스 및 소모품** **(계속)**	당뇨병이 있는 모든 대상(인슐린 및 인슐린 비사용자)을 위한 혜택입니다. 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 혈당 모니터링을 위한 용품: 혈당측정기, 혈당 측정 검사지, 채혈기 및 채혈침,	당뇨병이 있는 모든 대상(인슐린 및 인슐린 비사용자)을 위한 혜택입니다. 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 혈당 모니터링을 위한 용품: 혈당측정기, 혈당 측정

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
당뇨 자가 관리 교육, 당뇨 서비스 및 소모품 **(계속)**	측정 검사지 및 모니터의 정확도 확인을 위한 포도당 보정 용액. 당뇨병 검사지에 대한 수량 제한이 있습니다. 담당 의사는 더 많은 수의 검사지가 필요하다고 판단되는 경우 예외를 요청할 수 있습니다. 저희는 혈당 모니터링을 위해 다음과 같은 선호 브랜드 및 제조업체의 소모품을 보장합니다. • FreeStyle • FreeStyle InsuLinx • FreeStyle Lite • FreeStyle Precision Neo • OneTouch Ultra 2 • OneTouch Verio • Precision Xtra 또한 약사에게 저희가 보장하는 브랜드 및 제조업체를 알려달라고 요청하실 수도 있습니다. 일반적으로 저희는 귀하의 담당 의사 또는 기타 서비스 제공자가 저희에게 해당 브랜드가 귀하의 의료적 필요에 적합하다고 알려주지 않는 한 다른 브랜드 및 제조업체의 당뇨용품은 보장하지 않습니다. 그러나 귀하가 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 에 처음 가입하여 선호하지 않는 브랜드의 당뇨용품을 사용하고 있는 경우, 최대 100 일 동안 해당 브랜드를 계속 보장해 드립니다. 해당 기간 동안 귀하는 담당 의사와 상의하여 100 일 기간이 지난 후 귀하에게 의학적으로 적합한 선호 브랜드를 결정해야 합니다.	검사지, 채혈기 및 채혈침, 측정 검사지 및 모니터의 정확도 확인을 위한 포도당 보정 용액. 당뇨병 검사지에 대한 수량 제한이 있습니다. 담당 의사는 더 많은 수의 검사지가 필요하다고 판단되는 경우 예외를 요청할 수 있습니다. 저희는 혈당 모니터링을 위해 다음과 같은 선호 브랜드 및 제조업체의 혈당 측정기(BGM)와 관련 소모품을 보장합니다. • FreeStyle • FreeStyle InsuLinx • FreeStyle Lite • FreeStyle Precision Neo • OneTouch Ultra 2 • OneTouch Verio • Precision Xtra 또한 약사에게 저희가 보장하는 브랜드 및 제조업체를 알려달라고 요청하실 수도 있습니다. 일반적으로 저희는 귀하의 담당 의사 또는 기타 서비스 제공자가 저희에게 해당 브랜드가 귀하의 의료적 필요에 적합하다고 알려주지 않는 한 다른 브랜드 및 제조업체의 당뇨용품은 보장하지 않습니다. 그러나 귀하가 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 에 처음 가입하여 선호하지 않는 브랜드의 당뇨용품을 사용하고 있는 경우, 최대 100 일 동안 해당 브랜드를 계속 보장해 드립니다. 해당 기간 동안 귀하는 담당 의사와 상의하여 100 일 기간이 지난 후 귀하에게

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
	• 혈당 모니터링을 위한 기타 용품: Medicare 에서 보장하는 연속 혈당 측정 시스템(CGMS) 및 관련 용품 • 중증 당뇨성 발 질환이 있는 당뇨병 환자의 경우: 매년 한 켤레의 치료용 맞춤형 교정 신발(이러한 신발과 함께 제공되는 깔창 포함) 및 두 쌍의 추가 깔창, 또는 한 켤레의 깊은 신발 및 세 쌍의 깔창(이러한 신발과 함께 제공되는 비맞춤형 분리형 깔창은 포함되지 않음). 보장에는 피팅이 포함됩니다. • 당뇨병 자가 관리 교육은 특정 조건에서 보장됩니다.	의학적으로 적합한 선호 브랜드를 결정해야 합니다. • 혈당 모니터링을 위한 기타 용품: 연속 혈당 모니터링 시스템(CGMS) 및 관련 소모품. 저희는 혈당 모니터링을 위해 다음과 같은 선호 브랜드 및 제조업체의 연속 혈당 모니터링 시스템(CGMS)과 관련 소모품을 보장합니다. o Dexcom o Freestyle Libre • 중증 당뇨성 발 질환이 있는 당뇨병 환자의 경우: 매년 한 켤레의 치료용 맞춤형 교정 신발(이러한 신발과 함께 제공되는 깔창 포함) 및 두 쌍의 추가 깔창, 또는 한 켤레의 깊은 신발 및 세 쌍의 깔창(이러한 신발과 함께 제공되는 비맞춤형 분리형 깔창은 포함되지 않음). 보장에는 피팅이 포함됩니다. • 당뇨병 자가 관리 교육은 특정 조건에서 보장됩니다.
피트니스 프로그램 – Silver&Fit® 건강한 노화 및 운동 프로그램 **피트니스 프로그램 – Silver&Fit® 건강한 노화 및 운동 프로그램 (계속)**	Silver&Fit 건강한 노화 및 운동(Silver&Fit Healthy Aging and Exercise) 프로그램은 피트니스 센터 멤버십, 홈 피트니스 키트, 건강한 노화 코칭 및 기타 혜택을 제공합니다. • 피트니스 센터 멤버십: 전국적으로 수천 개의 참여 피트니스 센터 중 한 곳 또는 일부 YMCA 에서 무료로 Standard Fitness Network 멤버십을 이용할 수 있습니다. (참여 피트니스	Silver&Fit 건강한 노화 및 운동(Silver&Fit Healthy Aging and Exercise) 프로그램은 피트니스 센터 멤버십, 홈 피트니스 키트, 건강한 노화 코칭 및 기타 혜택을 제공합니다. • 피트니스 센터 멤버십: 전국적으로 수천 개의 참여 피트니스 센터 중 한 곳 또는 일부 YMCA 에서 무료로 Standard Fitness Network 멤버십을 이용할 수 있습니다. (참여 피트니스

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
피트니스 프로그램 – Silver&Fit® 건강한 노화 및 운동 프로그램 (계속)	센터/YMCA 의 비표준 서비스는 Silver&Fit 프로그램에 포함되지 않습니다.) Standard Fitness Network 멤버십을 선택하면 한 달에 한 번 피트니스 센터를 변경할 수 있습니다. 또한 월 이용료를 지불하면 수천 개의 추가 피트니스 센터가 포함된 Premium Fitness Network 를 이용할 수 있습니다. Premium 피트니스 센터에 따라 이용료가 다릅니다. 참여 피트니스 센터/YMCA 를 찾거나 이용 중인 피트니스 센터/YMCA 를 변경하려면, www.silverandfit.com 을 방문하거나 Silver&Fit 고객 서비스에 전화하십시오. • 홈 피트니스 키트: 추가 비용 없이 매년 1 개의 홈 피트니스 키트를 받으실 수 있습니다. 건강한 노화 코칭: 추가 비용 없이 숙련된 코치와 전화, 화상 또는 채팅을 통해 Silver&Fit 건강한 노화 코칭 세션을 이용할 수 있습니다. • 웰빙 클럽: 웹사이트에서 웰빙 주제에 대한 선호 사항을 설정하면 기사, 동영상, 실시간 가상 수업 및 이벤트 등 귀하의 관심 사항과 건강한 노화 목표에 맞는 리소스를 찾을 수 있습니다. • 디지털 운동: Silver&Fit Signature Series Classes®를 포함하여, 웹사이트의 디지털 운동 라이브러리를	센터/YMCA 에서의 비표준 멤버십 서비스는 Silver&Fit 프로그램에 포함되지 않습니다.) Standard Fitness Network 멤버십을 선택하면 한 달에 한 번 피트니스 센터를 변경할 수 있습니다. 또한 월 이용료를 지불하면 수천 개의 추가 피트니스 센터가 포함된 Premium Fitness Network 를 이용할 수 있습니다. Premium 피트니스 센터에 따라 이용료가 다릅니다. 참여 피트니스 센터/YMCA 를 찾거나 이용 중인 피트니스 센터/YMCA 를 변경하려면, www.silverandfit.com 을 방문하거나 Silver&Fit 고객 서비스에 전화하십시오. • 홈 피트니스 키트: 추가 비용 없이 매년 1 개의 홈 피트니스 키트를 받으실 수 있습니다. 건강한 노화 코칭: 추가 비용 없이 숙련된 코치와 전화, 화상 또는 채팅을 통해 Silver&Fit 건강한 노화 코칭 세션을 이용할 수 있습니다. • 웰빙 클럽: 웹사이트에서 웰빙 주제에 대한 선호 사항을 설정하면 기사, 동영상, 실시간 가상 수업 및 이벤트, 사교 그룹 등 귀하의 관심 사항과 건강한 노화 목표에 맞는 리소스를 찾을 수 있습니다. • 디지털 운동: Silver&Fit Signature Series Classes®를 포함하여, 웹사이트의 디지털 운동 라이브러리를

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
피트니스 프로그램 – Silver&Fit® 건강한 노화 및 운동 프로그램 (계속)	통해 주문형 동영상을 볼 수 있습니다. • Silver&Fit Connected!™: Silver&Fit Connected! 도구는 귀하의 활동을 추적하는 데 도움이 될 수 있습니다. Connected! 도구를 사용하려면 일부 웨어러블 피트니스 트래커나 앱을 구매해야 할 수 있으며, Silver&Fit 프로그램에서 환급받을 수 없습니다. • www.silverandfit.com 을 방문하여 온라인 뉴스레터, 주문형 운동 동영상, 피트니스 센터 검색 및 Silver&Fit Connected!™ 도구를 등록하고 이용하십시오. 또한 온라인으로 등록하여 Silver&Fit 카드를 발급받고 참여 피트니스 센터/YMCA 에 직접 가져가는 것도 가능합니다. 자세한 내용은 www.silverandfit.com 을 방문하거나 Silver&Fit 고객 서비스(1-888-354-4934, 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시 사이에 HST(TTY/TDD 711))로 전화하십시오. *Silver&Fit 프로그램은 American Specialty Health Incorporated(ASH)의 자회사인 American Specialty Health Fitness, Inc.(ASH Fitness)에서 제공합니다. Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series Classes, 및 Silver&Fit Connected!는 ASH 의 상표이며 허가를 받아 본 문서에 사용되었습니다. 피트니스 센터*	통해 주문형 동영상을 볼 수 있습니다. • Silver&Fit Connected!™: Silver&Fit Connected! 도구는 귀하의 활동을 추적하는 데 도움이 될 수 있습니다. Connected! 도구를 사용하려면 일부 웨어러블 피트니스 트래커나 앱을 구매해야 할 수 있으며, Silver&Fit 프로그램에서 환급받을 수 없습니다. • www.silverandfit.com 을 방문하여 온라인 뉴스레터, 주문형 운동 동영상, 피트니스 센터 검색 및 Silver&Fit Connected!™ 도구를 등록하고 이용하십시오. 또한 온라인으로 등록하여 Silver&Fit 카드를 발급받고 참여 피트니스 센터/YMCA 에 직접 가져가는 것도 가능합니다. 자세한 내용은 www.silverandfit.com 을 방문하거나 Silver&Fit 고객 서비스(1-888-354-4934, 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시 사이에 HST(TTY/TDD 711))로 전화하십시오. *Silver&Fit 프로그램은 American Specialty Health Incorporated(ASH)의 자회사인 American Specialty Health Fitness, Inc.(ASH Fitness)에서 제공합니다. Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series Classes, 및 Silver&Fit Connected!는 ASH 의 상표이며 허가를 받아 본 문서에 사용되었습니다. 피트니스 센터*

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
	참여 여부는 지역에 따라 다를 수 있으며 변경될 수 있습니다. 키트는 변경될 수 있습니다. **네트워크 내 및 네트워크 외** Silver&Fit 프로그램 피트니스 센터 멤버십 Standard Network 피트니스 센터의 경우 월 이용료 $0 Premium Network 피트니스 센터의 경우 월 이용료 $30~$200. 홈 피트니스 키트 매년 1 개의 홈 피트니스 키트에 대한 본인부담금 $0. 건강한 노화 코칭 건강한 노화 코칭 무제한 세션에 대한 본인부담금 $0.	*참여 여부는 지역에 따라 다를 수 있으며 변경될 수 있습니다. 키트는 변경될 수 있습니다.* **네트워크 내 및 네트워크 외** Silver&Fit 프로그램 피트니스 센터 멤버십 Standard Network 피트니스 센터의 경우 월 이용료 $0 Premium Network 피트니스 센터의 경우 월 이용료 $30~$250. 홈 피트니스 키트 매년 1 개의 홈 피트니스 키트에 대한 본인부담금 $0. 건강한 노화 코칭 건강한 노화 코칭 무제한 세션에 대한 본인부담금 $0.
특정 만성 질환에 대한 지원 치과 서비스 – 종합 건강을 위한 구강 건강 **특정 만성 질환에 대한 지원 치과 서비스 – 종합 건강을 위한 구강 건강 (계속)**	특정 만성 질환에 대한 지원 치과 서비스 – 종합 건강을 위한 구강 건강은 보장되지 않습니다.	이 프로그램은 구강 건강에 영향을 미치는 당뇨병, 관상동맥 질환, 임신, 뇌졸중, 만성 폐쇄성 폐질환, 말기 신장 질환, 대사 증후군, 두경부암, 구강암, 쇼그렌 증후군 등의 질환에 중점을 둡니다. 이 프로그램에는 특정 질환이 확인된 회원을 위한 추가적인 치과 혜택 및 회원을 지원하고 구강 건강을 증진하기 위한 지원 활동이 포함됩니다. 이 프로그램에 대한 자세한 내용을 살펴보려면 www.hmsadental.com/members/oral-health-for-total-health/enroll 을 방문하거나 고객관리부에 문의하십시오(전화번호는 본 문서의 뒤표지에 표시되어 있음). 당뇨병, 관상동맥 질환, 뇌졸중, 임신, 만성 폐쇄성 폐질환, 말기

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
		신장 질환 또는 대사 증후군 진단을 받은 회원은 플랜의 치과 혜택 외에 다음 서비스를 받을 자격이 있습니다. **치과 서비스:** • 클리닝: 매년 추가로 2 회 • 치아 구강 전체 괴사 조직 제거: 2 년마다 1 회 • 치과 딥 클리닝: 2 년마다 사분면당 1 회 두경부암, 구강암 또는 쇼그렌 증후군 진단을 받은 회원은 플랜의 치과 혜택에 추가하여 다음 서비스를 받을 자격이 있습니다. **치과 서비스:** • 클리닝: 매년 추가로 2 회 • 치아 구강 전체 괴사 조직 제거: 2 년마다 1 회 • 불소: 최소 3 개월 간격으로 매년 2 회의 추가 치료 • 구강 검사: 매년 추가로 2 회 **네트워크 내** 특정 질환이 확인된 회원을 위한 추가적인 치과 혜택에 대해 본인부담금 $0. **네트워크 외** 특정 질환이 확인된 회원을 위한 추가적인 치과 혜택에 대해 비용의 40%. 플랜의 치과 혜택에 대한 비용 분담은 *치과 서비스*를 참조하십시오.
호스피스 서비스	담당 의사와 호스피스 의료 책임자가 귀하가 말기 질병 상태에 있으며 귀하의 질병이 정상적으로 진행될 경우 생존 기간이 6 개월 이하임을 증명하는 말기 예후를 통지한	담당 의사와 호스피스 의료 책임자가 귀하가 말기 질병 상태에 있으며 귀하의 질병이 정상적으로 진행될 경우 생존 기간이 6 개월 이하임을 증명하는 말기 예후를 통지한

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
호스피스 서비스 (계속)	경우, 귀하에게 호스피스 혜택을 받을 자격이 주어집니다. 귀하는 Medicare 에서 인증된 모든 호스피스 프로그램을 통해 의료 서비스를 제공받을 수 있습니다. 귀하의 플랜은 귀하가 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾을 수 있도록 도와야 할 의무가 있습니다. 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 증상 조절 및 통증 완화를 위한 약제 • 단기 임시 간호 • 가정 간호 호스피스에 입원하는 경우, 플랜에 남아 있을 권리가 있습니다. 플랜을 유지하기로 선택하는 경우, 플랜 보험료를 계속하여 납부해야 합니다. <u>귀하의 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스 및 Medicare Part A 또는 B 보장 서비스에 대해</u>: *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 는 호스피스 서비스 및 귀하의 말기 예후와 관련된 모든 Part A 및 Part B 서비스에 대해 비용을 지급합니다. 플랜은 또한 네트워크 Medicare 인증 호스피스 프로그램에 등록된 가입자를 위한 일시적 동시 치료도 선택 후 최대 30 일 동안 보장합니다. 귀하는 다학제간 진료팀으로부터 근치적 치료를 계속 받으면서 편안함 중심의 완화 치료를 받게 됩니다. *Supportive Care* 혜택에서 Medicare 호스피스 혜택으로 전환하는 가입자에게는 일시적 동시 치료가 제공되지 않습니다.	경우, 귀하에게 호스피스 혜택을 받을 자격이 주어집니다. 귀하는 Medicare 에서 인증된 모든 호스피스 프로그램을 통해 의료 서비스를 제공받을 수 있습니다. 귀하의 플랜은 MA 조직이 소유 또는 지배하거나 재정적 이해관계가 있는 것을 포함하여 플랜의 서비스 지역에서 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾는 데 도움을 줄 의무가 있습니다. 귀하의 호스피스 의사는 네트워크 진료 제공자 또는 네트워크 외 진료 제공자가 될 수 있습니다. 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 증상 조절 및 통증 완화를 위한 약제 • 단기 임시 간호 • 가정 간호 <u>귀하의 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스 및 Medicare Part A 또는 B 보장 서비스에 대해</u>: Original Medicare(저희 플랜이 아닌)가 귀하의 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스에 대해 호스피스 서비스 제공자에게 비용을 지불합니다. 귀하가 호스피스 프로그램에 있는 동안, 귀하의 호스피스 서비스 제공자는 Original Medicare 가 지급하는 서비스 비용에 대해 Original Medicare 에 청구할 것입니다. Original Medicare 비용 분담금이 귀하에게 청구됩니다. <u>귀하의 말기 예후와 관련이 없는 Medicare Part A 또는 B</u>

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
호스피스 서비스 (계속)	귀하의 말기 예후와 관련이 없는 Medicare Part A 또는 B 보장 서비스에 대해: Medicare Part A 또는 B 에 의해 보장되며 말기 예후와 관련이 없는 비응급, 비긴급하게 필요한 서비스가 필요한 경우, 이러한 서비스에 대한 귀하의 부담 비용은 귀하가 저희 플랜의 네트워크 서비스 제공자를 이용하는지 여부에 따라 달라집니다. • 네트워크 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 귀하는 네트워크 내 서비스에 대한 플랜 비용분담금만 지불하면 됩니다. • 네트워크 외 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 귀하는 제 3 장, 섹션 1.2, "플랜에서 보장하는 의료 서비스를 받기 위한 기본 규칙"에 설명된 플랜의 규칙에 따라 비용 분담금을 지불합니다. *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 에서는 보장하지만 Medicare Part A 또는 B 에서 보장되지 않는 서비스의 경우: *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 는 귀하의 말기 예후와 관련이 있는지 여부와 상관없이 Part A 또는 B 에서 보장하지 않는 플랜 보장 서비스를 계속해서 보장합니다. 귀하는 이러한 서비스에 대한 플랜 비용분담액을 지불합니다. 플랜의 Part D 혜택으로 보장될 수 있는 약품의 경우: 약품이 호스피스와 저희 플랜에 의해 동시에 보장되는 경우는 없습니다. 자세한 정보는	보장 서비스에 대해: Medicare Part A 또는 B 에 의해 보장되며 말기 예후와 관련이 없는 비응급, 비긴급하게 필요한 서비스가 필요한 경우, 이러한 서비스에 대한 귀하의 부담 비용은 귀하가 저희 플랜의 네트워크 서비스 제공자를 이용하는지 여부 그리고 플랜 규칙(사전 승인 취득 요건 등)을 따르는지 여부에 따라 달라집니다. • 네트워크 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받고 서비스를 받기 위한 플랜 규칙을 따르는 경우, 귀하는 네트워크 내 서비스에 대한 플랜 비용분담금만 지불하면 됩니다. • 네트워크 외 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 귀하는 Fee-for-Service Medicare(Original Medicare)에 따라 비용분담금을 지불합니다. *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 에서는 보장하지만 Medicare Part A 또는 B 에서 보장되지 않는 서비스의 경우: *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 는 귀하의 말기 예후와 관련이 있는지 여부와 상관없이 Part A 또는 B 에서 보장하지 않는 플랜 보장 서비스를 계속해서 보장합니다. 귀하는 이러한 서비스에 대한 플랜 비용분담액을 지불합니다. 플랜의 Part D 혜택으로 보장될 수 있는 약품의 경우: 이러한 약이 말기 호스피스 상태와

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
호스피스 서비스 (계속)	제 5 장, 섹션 9.4*(Medicare 인증 호스피스에 입원한 경우)*를 참조하십시오. **참고:** 비호스피스 간호(말기 예후와 관련이 없는 의료 서비스)가 필요한 경우, 저희에게 연락하여 서비스 일정을 잡으셔야 합니다. 저희 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않았지만 호스피스 혜택을 고려하고 있고 이에 대한 자격이 있을 수 있는 가입자에 대해 호스피스 상담 서비스(단 1 회 제공)를 가족 또는 간병인과 함께 보장합니다. Medicare 인증 호스피스 프로그램에 등록하는 경우, 귀하의 호스피스 서비스 및 귀하의 말기 예후와 관련된 Part A 및 Part B 서비스에 대한 비용은 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 에서 지급합니다. **네트워크 내 및 네트워크 외** Medicare 에서 보장하는 호스피스 서비스에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 처방약 및 생물학적 제제에 대한 본인 부담금 $0. 입원환자 임시 간호에 대한 본인 부담금 $0. 호스피스 혜택을 선택하지 않았지만 호스피스 혜택을 고려하고 있고 이에 대한 자격이 있을 수 있는 가입자를 위해 가족 또는 간병인과 함께 보장하는 호스피스 상담 서비스(단 1 회 제공)에 대한 비용 분담금은 *의사/진료 제공자*	관련이 없는 경우, 귀하는 비용 분담금을 지불합니다. 이들이 말기 호스피스 상태와 관련이 있는 경우, 귀하는 Original Medicare 비용 분담금을 지불합니다. 약품이 호스피스와 저희 플랜에 의해 동시에 보장되는 경우는 없습니다. 자세한 정보는 제 5 장, 섹션 9.4*(Medicare 인증 호스피스에 입원한 경우)*를 참조하십시오. **참고:** 비호스피스 간호(말기 예후와 관련이 없는 의료 서비스)가 필요한 경우, 저희에게 연락하여 서비스 일정을 잡으셔야 합니다. 저희 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 질환 환자를 위한 호스피스 상담 서비스(단 1 회 제공)를 보장합니다. Medicare 인증 호스피스 프로그램에 등록하는 경우, 귀하의 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스와 Part A 및 Part B 서비스에 대한 비용은 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 가 아닌 Original Medicare 에서 지불합니다. 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자를 위한 호스피스 상담 서비스 비용 분담(1 회에 한함)은 *의사/진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)*를 참조하십시오. Original Medicare 는 선택 발효일부터 퇴원 또는 취소일까지 모든 호스피스 치료를 보장합니다. 선택 기간 동안, Original Medicare 는 주치의 서비스 및 말기 질환과

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
	*서비스(의사 진료실 방문 포함)*를 참조하십시오.	관련이 없는 모든 진료까지도 보장합니다. Medicare 인증 호스피스 프로그램에 등록한 회원에 대한 일시적 동시 치료는 2025 년에 보장되지 <u>않을</u> 것입니다. Medicare 보장 호스피스 서비스에 대한 귀하의 비용 분담은 다음과 같습니다. 처방약 및 생물학적 제제에 대해 비용의 5%로서 최대 $5. 입원 임시 간호에 대해 비용의 5%.
예방접종 **예방접종 (계속)**	보장되는 Medicare Part B 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 폐렴 백신 • 가을과 겨울 독감 계절마다 독감 예방주사 1 회, 의학적으로 필요한 경우 추가 접종 • B 형 간염 감염 위험이 높거나 중간일 경우 B 형 간염 백신 접종 • COVID-19 백신 • 귀하가 위험에 노출되어 있고 Medicare Part B 보장 규칙에 부합할 경우 기타 백신 접종 또한 저희는 Part D 처방약 혜택 하에서 일부 백신을 보장합니다. **네트워크 내 및 네트워크 외** 폐렴, 인플루엔자, B 형 간염 및 COVID-19 백신에 대해서는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 기타 백신에 대한 보장(귀하가 위험에 노출되어 있고 해당 백신(들)이 Medicare Part B 보장	보장되는 Medicare Part B 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 폐렴 백신 • 가을과 겨울 독감 계절마다 독감/인플루엔자 예방접종(또는 백신) 1 회, 의학적으로 필요한 경우 추가적인 독감/인플루엔자 예방접종 • B 형 간염 감염 위험이 높거나 중간일 경우 B 형 간염 백신 접종 • COVID-19 백신 • 귀하가 위험에 노출되어 있고 Medicare Part B 보장 규칙에 부합할 경우 기타 백신 접종 또한 저희는 Part D 처방약 혜택에 따라 대부분의 다른 성인 백신도 보장합니다. 추가 정보는 제 6 장 섹션 8 을 참조하십시오. **네트워크 내 및 네트워크 외** 폐렴, 독감/인플루엔자, B 형 간염 및 COVID-19 백신에

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
	규칙을 충족하는 경우)은 *Medicare Part B 처방약품*을 참조하십시오.	대해서는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 없습니다. 기타 백신에 대한 보장(귀하가 위험에 노출되어 있고 해당 백신(들)이 Medicare Part B 보장 규칙을 충족하는 경우)은 *Medicare Part B 처방약품*을 참조하십시오.
병원 입원 치료 **병원 입원 치료 (계속)**	또한 다음과 같은 Medicare 자료표를 참조하여 자세한 정보를 찾아보실 수 있습니다. *귀하는 병원 입원 환자입니까, 외래 환자입니까? Medicare 를 가지고 계신 경우– 물어보십시오!* 이 자료표는 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 구할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 무료 전화번호로 하루 24 시간 주 7 일 전화하실 수 있습니다. **네트워크 외** Medicare 에서 보장하는 병원 입원 시: 공제액 $1,632 및 1~60 일차: 1 일당 본인부담금 $0 61~90 일차: 1 일당 본인부담금 $408 각 평생 추가 입원일수(Lifetime Reserve Day) 본인부담금 $816.	또한 다음과 같은 Medicare 자료표를 참조하여 자세한 정보를 찾아보실 수 있습니다. *귀하는 병원 입원 환자입니까, 외래 환자입니까? Medicare 를 가지고 계신 경우– 물어보십시오!* 이 자료표는 웹사이트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 구할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 무료 전화번호로 하루 24 시간 주 7 일 전화하실 수 있습니다. **네트워크 외** Medicare 에서 보장하는 병원 입원 시: 공제액 $1,632 및 1~60 일차: 1 일당 본인부담금 $0 61~90 일차: 1 일당 본인부담금 $408 각 평생 추가 입원일수(Lifetime Reserve Day) 본인부담금 $816. 이는 2024 년 비용 분담 금액이며 2025 년에는 변경될 수

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
		있습니다. *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 는 요금이 업데이트되는 즉시 이를 제공할 것입니다.
정신과 병원 입원 서비스	**네트워크 외** Medicare 에서 보장하는 병원 입원 시: 공제액 $1,632 및 1~60 일차: 1 일당 본인부담금 $0 61~90 일차: 1 일당 본인부담금 $408 각 평생 추가 입원일수(Lifetime Reserve Day) 본인부담금 $816.	**네트워크 외** Medicare 에서 보장하는 병원 입원 시: 공제액 $1,632 및 1~60 일차: 1 일당 본인부담금 $0 61~90 일차: 1 일당 본인부담금 $408 각 평생 추가 입원일수(Lifetime Reserve Day) 본인부담금 $816. 이는 2024 년 비용 분담 금액이며 2025 년에는 변경될 수 있습니다. *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 는 요금이 업데이트되는 즉시 이를 제공할 것입니다.
Medicare Part B 처방약품 **Medicare Part B 처방약품 (계속)**	Original Medicare 의 Part B 에서 보장되는 약품입니다. 저희 플랜 회원들은 저희 플랜을 통해 이러한 약품에 대한 보장을 받습니다. 보장 약품에는 다음이 포함됩니다. • 일반적으로 환자가 자가 투여하지 않고 의사, 병원 외래환자 또는 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안 주사 또는 주입받는 약제 • 내구성 의료 장비 품목(예: 의학적으로 필요한 인슐린 펌프)을 통해 제공되는 인슐린 • 플랜에서 승인한 내구성 의료 장비(의료용 분무기 또는 인슐린 펌프 등)를	Original Medicare 의 Part B 에서 보장되는 약품입니다. 저희 플랜 회원들은 저희 플랜을 통해 이러한 약품에 대한 보장을 받습니다. 보장 약품에는 다음이 포함됩니다. • 일반적으로 환자가 자가 투여하지 않고 의사, 병원 외래환자 또는 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안 주사 또는 주입받는 약제 • 내구성 의료 장비 품목(예: 의학적으로 필요한 인슐린 펌프)을 통해 제공되는 인슐린 • 플랜에서 승인한 내구성 의료 장비(분무기 등)를 사용하여 투약하는 기타 약품

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
Medicare Part B 처방약품 (계속)	사용하여 투약하는 기타 약품 • 혈우병 환자인 경우 직접 주사하는 응혈 인자 • 면역억제제(장기 이식 시 Medicare Part A 에 등록되어 있었던 경우) • 골다공증 주사제, 귀하가 외출이 불가능하고 의사가 인증한 폐경 후 골다공증 관련 골절이 있고 자가 투여할 수 없는 경우 • 항원 • 특정 경구 항암제 및 항구토제 • 헤파린, 의학적으로 필요한 경우 헤파린 해독제, 국소 마취제 및 적혈구 생성 촉진제(Procrit® 등)를 포함한 가정 투석을 위한 특정 약품 • 1 차 면역 결핍 질환의 가정 치료를 위한 정맥용 면역 글로불린 www.hmsa.com/part-b-step/ 링크를 클릭하면 단계별 치료의 적용을 받을 수 있는 Part B 약품 목록으로 이동합니다. 저희는 또한 Part B 및 Part D 처방약 혜택 하에서 일부 백신을 보장합니다. 제 5 장은 처방약 보장을 받기 위해 따라야 할 규칙을 포함하여 Part D 처방약 혜택에 관해 설명합니다. 저희 플랜을 통해 Part D 처방약에 대해 귀하가 지불하는 비용은 제 6 장에 설명되어 있습니다.	• 알츠하이머 약물인 Leqembi®(일반명 레카네맙)는 정맥 주사로 투여됩니다. 약물 비용 외에도, 치료 전 및/또는 치료 중에 귀하의 전체 비용을 가중시킬 수 있는 추가적인 스캔 및 검사가 필요할 수 있습니다. 치료의 일부로 어떤 스캔과 검사가 필요할 수 있는지 담당 의사와 상의하십시오 • 혈우병 환자인 경우 직접 주사하는 응혈 인자 • 이식/면역억제 약물: Medicare 는 장기 이식 비용을 지불한 경우 이식 약물 요법을 보장합니다. 귀하는 보장되는 이식 시점에 Part A 를 가지고 있어야 하며, 면역억제제를 받을 때 Part B 를 가지고 있어야 합니다. Medicare 의약품 보장(Part D)은 Part B 가 이를 보장하지 않는 경우 면역억제제를 보장함을 기억해 두십시오 • 골다공증 주사제, 귀하가 외출이 불가능하고 의사가 인증한 폐경 후 골다공증 관련 골절이 있고 자가 투여할 수 없는 경우 • 일부 항원: 의사가 항원을 준비하고 적절한 교육을 받은 사람(귀하일 수 있는 환자)이 적절한 감독하에 항원을 제공하는 경우, Medicare 가 항원을 보장합니다 • 특정 경구 항암제: 동일한 약물이 주사형으로 이용 가능하거나 약물이 주사형

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
Medicare Part B 처방약품 (계속)		약물의 전구약물(복용 시 주사형 약물에서 발견되는 동일한 활성 성분으로 분해되는 약물의 경구 형태)인 경우, Medicare 는 귀하가 경구로 복용하는 일부 구강암 약물을 보장합니다. 새로운 경구 항암제가 이용 가능해짐에 따라, Part B 가 이를 보장할 수 있습니다. Part B 가 보장하지 않는 경우, Part D 가 보장합니다 • 경구 항오심제: Medicare 는 항암화학요법 전에, 항암화학요법 중에 또는 항암화학요법 후 48 시간 이내에 투여되거나 정맥 내 항오심 약물의 완전한 치료적 대체제로 사용되는 경우 항암화학요법의 일부로 사용하는 경구 항오심 약물을 보장합니다 • 동일한 약물을 주사형으로 이용할 수 있고 Part B ESRD 혜택이 적용되는 경우, 특정 경구 말기 신장 질환(ESRD) 약물 • 정맥 주사 약물인 Parsabiv,® 및 경구 약물인 Sensipar®를 포함한 ESRD 지급 시스템하의 칼슘 유사 약물 • 헤파린, 의학적으로 필요한 경우의 헤파린 해독제, 국소 마취제를 포함한 가정 투석을 위한 특정 약품 • 적혈구 생성 촉진제: Medicare 는 말기 신장 질환(ESRD)이 있거나 특정 다른 질환과 관련된 빈혈을 치료하기 위해 이 약물이 필요한 경우

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
		에리스로포이에틴을 주사로 보장합니다(Procrit®등) • 1 차 면역 결핍 질환의 가정 치료를 위한 정맥용 면역 글로불린 • 비경구 및 장관 영양법(정맥 내 및 튜브 영양법) www.hmsa.com/part-b-step/ 링크를 클릭하면 단계별 치료의 적용을 받을 수 있는 Part B 약품 목록으로 이동합니다. 저희는 또한 Part B 에 따라 일부 백신을 보장하고 Part D 처방약 혜택에 따라 대부분의 성인 백신을 보장합니다. 제 5 장은 처방약 보장을 받기 위해 따라야 할 규칙을 포함하여 Part D 처방약 혜택에 관해 설명합니다. 저희 플랜을 통해 Part D 처방약에 대해 귀하가 지불하는 비용은 제 6 장에 설명되어 있습니다.
외래 병원 관찰 **외래 병원 관찰 (계속)**	또한 다음과 같은 Medicare 자료표를 참조하여 자세한 정보를 찾아보실 수 있습니다. *귀하는 병원 입원 환자입니까, 외래 환자입니까? Medicare 를 가지고 계신 경우 – 물어보십시오!* 이 자료표는 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 구할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 무료 전화번호로 하루 24 시간 주 7 일 전화하실 수 있습니다.	또한 다음과 같은 Medicare 자료표를 참조하여 자세한 정보를 찾아보실 수 있습니다. *귀하는 병원 입원 환자입니까, 외래 환자입니까? Medicare 를 가지고 계신 경우 – 물어보십시오!* 이 자료표는 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 를 방문하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 구할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 무료 전화번호로 하루 24 시간 주 7 일 전화하실 수 있습니다.
외래환자 병원 서비스	또한 다음과 같은 Medicare 자료표를 참조하여 자세한	또한 다음과 같은 Medicare 자료표를 참조하여 자세한

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
	정보를 찾아보실 수 있습니다. *귀하는 병원 입원 환자입니까, 외래 환자입니까? Medicare 를 가지고 계신 경우– 물어보십시오!* 이 자료표는 웹 사이트 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 구할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 무료 전화번호로 하루 24 시간 주 7 일 전화하실 수 있습니다.	정보를 찾아보실 수 있습니다. *귀하는 병원 입원 환자입니까, 외래 환자입니까? Medicare 를 가지고 계신 경우– 물어보십시오!* 이 자료표는 웹 사이트 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 구할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 무료 전화번호로 하루 24 시간 주 7 일 전화하실 수 있습니다.
비처방(OTC) 건강 제품, 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금 **비처방(OTC) 건강 제품, 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금 (계속)**	귀하는 저희의 우편 주문 서비스 및 일부 소매점에서 구입할 수 있는 일반(OTC) 의약품 및 건강관리 제품에 대해 매장 또는 온라인 쇼핑에서 사용할 수 있는 분기별 $270 의 혜택을 받을 자격이 있습니다. 혜택은 해당 연도의 각 분기 초(1 월, 4 월, 7 월, 10 월)에 갱신되며, 사용하지 않은 혜택 잔액은 분기간에 이월되지 않습니다. United Medco 또는 일부 소매점에서 구입 가능한 OTC 의약품 및 건강관리 제품 구매에 사용할 수 있는 HMSA 추가 혜택 직불카드(HMSA Extra Benefits Debit Card)가 포함된 HMSA Extra Benefits 보험사 카드를 우편으로 받게 됩니다. OTC 품목을 온라인, 전화 또는 우편으로 주문하시면 추가 비용 없이 해당 품목을 집까지 배송해 드립니다. 온라인 쇼핑을 하거나 추가 혜택 계정을 관리하려면 https://HMSAExtraBenefits.com	비처방(OTC) 건강 제품, 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금은 HMSA 추가 혜택 직불 카드에 충전됩니다. 보조금 혜택은 매월 초에 갱신되며 미사용 혜택 잔액은 월간 이월되지 않습니다. 보조금 혜택은 다음과 같은 목적으로 사용할 수 있습니다. • 비타민, 자외선 차단제, 진통제, 기침 및 감기약, 치약, 붕대 등과 같은 OTC 건강 및 웰니스 품목. • 과일, 채소, 일부 통조림 제품과 같은 건강 식품. • 전기, 물, 천연가스 및 폐기물과 같은 가정용 유틸리티. HMSA 추가 혜택 직불 카드를 우편으로 받게 됩니다. 카드를 사용하여 일부 소매점에서 또는 우편 주문 파트너인 Medline 의 우편 주문을 통해 보장 제품을 구매할 수 있습니다. 품목을

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
	을 방문하거나, 1-800-790-6019(월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(하와이 표준시))번으로 전화하십시오. **네트워크 내** 우편 주문 서비스 및 일부 소매점에서 구입할 수 있는 일반(OTC) 의약품 및 건강관리 제품에 대해 분기별 최대 $270 까지 본인부담금 $0.	온라인, 전화 또는 우편으로 주문하시면 추가 비용 없이 해당 품목을 집까지 배송해 드립니다. 온라인 쇼핑을 하거나 추가 혜택 계정을 관리하려면 https://HMSAExtraBenefits.com 을 방문하거나, 1-800-790-6019 번(월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(하와이 표준시))으로 전화하십시오. **네트워크 내** 비처방(OTC) 건강 제품, 건강 식품 및 가정용 유틸리티에 대해 매월 최대 $133 까지 본인부담금 $0. 처방약 비용 지불을 돕기 위해 Medicare 로부터 “별도 보조”를 받을 자격이 있는 경우, 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금을 받을 자격이 있습니다. 자세한 내용은 *가치 기반 보험 설계(VBID) 모델*을 참조하십시오.
부분 입원 서비스 및 집중 외래 서비스 **부분 입원 서비스 및 집중 외래 서비스** **(계속)**	부분 입원이란 병원 외래 서비스로 제공받거나 지역사회 정신건강 센터를 통해 제공받는 적극적인 정신 치료의 구조화된 프로그램으로서, 이는 담당 의사 또는 치료사의 진료실에서 제공하는 것보다 더 집중적인 치료이며 병원 입원에 대한 대안입니다. 집중 외래 서비스는 병원 외래진료과, 지역사회 정신건강 센터, 연방인증 건강센터 또는 지방 보건진료소에서 제공받는 적극적인 행동(정신) 건강 치료 요법의 구조화된 프로그램으로서, 이는 담당 의사 또는 치료사의 진료실에서	*부분 입원*이란 병원 외래 서비스로 제공받거나 지역사회 정신건강 센터를 통해 제공받는 적극적인 정신 치료의 구조화된 프로그램으로서, 이는 담당 의사, 치료사, 허가받은 결혼 및 가족 치료사(LMFT), 또는 자격증을 갖춘 전문 상담사의 진료실에서 제공하는 것보다 더 집중적인 치료이며 병원 입원에 대한 대안입니다. *집중 외래 서비스*는 병원 외래진료과, 지역사회 정신건강 센터, 연방인증 건강센터 또는 지방 보건진료소에서 제공받는 적극적인 행동(정신) 건강 치료 요법의 구조화된

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
	제공하는 것보다는 더 집중적인 치료이지만 부분 입원보다는 집중도가 낮은 치료입니다.	프로그램으로서, 이는 담당 의사, 치료사, 허가받은 결혼 및 가족 치료사(LMFT), 또는 자격증을 갖춘 전문 상담사의 진료실에서 제공하는 것보다는 더 집중적인 치료이지만 부분 입원보다는 집중도가 낮은 치료입니다.
의사/진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함) **의사/진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)** **(계속)**	보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 의사 진료실, 공인 통원 수술 센터, 병원 외래 진료과 또는 기타 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 의료 또는 수술 서비스 • 전문의 상담, 진단 및 치료 • 담당의가 의학적 치료의 필요 여부를 확인하기 위해 지시하는 경우, 담당 PCP 가 수행하는 기본 청력 및 균형감각 검사 • 다음을 포함한 특정 원격의료 서비스: 일차 의료 서비스 제공자 진료, 전문의 진료, 정신 건강 치료 또는 약물 남용 치료 상담, 상급 실무 간호사, 임상 간호사, 의사 보조사 진료, 또는 Opioid Treatment Program 서비스 o 귀하는 직접 방문 또는 원격 진료를 통해 이러한 서비스를 받을 수 있는 선택권이 있습니다. 이러한 서비스 중 하나를 원격 진료를 통해 받기로 선택하는 경우, 원격 진료를 통한 서비스를 현재 제공하는 네트워크 진료 제공자를 이용해야 합니다.	보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 의사 진료실, 공인 통원 수술 센터, 병원 외래 진료과 또는 기타 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 의료 또는 수술 서비스 • 전문의 상담, 진단 및 치료 • 담당의가 의학적 치료의 필요 여부를 확인하기 위해 지시하는 경우, 담당 PCP 가 수행하는 기본 청력 및 균형감각 검사 • 다음을 포함한 특정 원격의료 서비스: 일차 의료 서비스 제공자 진료, 전문의 진료, 정신 건강 치료 또는 약물 남용 치료 상담, 상급 실무 간호사, 임상 간호사, 의사 보조사 진료, 또는 Opioid Treatment Program 서비스 o 귀하는 직접 방문 또는 원격 진료를 통해 이러한 서비스를 받을 수 있는 선택권이 있습니다. 이러한 서비스 중 하나를 원격 진료를 통해 받기로 선택하는 경우, 원격 진료를 통한 서비스를 현재 제공하는 네트워크 진료 제공자를 이용해야 합니다.

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
의사/진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함) **(계속)**	• 특정 농촌 지역 또는 기타 Medicare 승인 장소에서 의사 또는 진료 제공자를 통해 이루어지는 환자 상담, 진단 및 치료를 포함한 일부 원격 진료 서비스 • 병원 기반 또는 취약지역 접근 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 회원의 가정에서의 가정 투석 회원을 위한 말기 신장질환(end-stage renal disease) 관련 매달 방문을 위한 원격 진료 서비스 • 장소에 관계없이 뇌졸중 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격 진료 서비스 • 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 진료 서비스: ○ 첫 번째 원격 진료 방문 전 6 개월 이내에 직접 방문을 한 경우 ○ 이러한 원격 진료 서비스를 받는 동안 12 개월마다 직접 방문을 한 경우 ○ 특정 상황에서는 상기 사항에 예외가 적용될 수 있습니다. • Rural Health Clinic 및 Federally Qualified Health Center 에서 제공하는 정신건강 진료 방문을 위한 원격 진료 서비스 • 장소에 관계없이 물질 사용 장애 또는 동시 발생 정신 건강 장애가 있는 회원을 위한 원격 진료 서비스 • <u>다음에 해당하는 경우</u>, 의사와 5~10 분 동안의 가상	• 특정 농촌 지역 또는 기타 Medicare 승인 장소에서 의사 또는 진료 제공자를 통해 이루어지는 환자 상담, 진단 및 치료를 포함한 일부 원격 진료 서비스 • 병원 기반 또는 취약지역 접근 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 회원의 가정에서의 가정 투석 회원을 위한 말기 신장질환(end-stage renal disease) 관련 매달 방문을 위한 원격 진료 서비스 • 장소에 관계없이 뇌졸중 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격 진료 서비스 • 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 진료 서비스: ○ 첫 번째 원격 진료 방문 전 6 개월 이내에 직접 방문을 한 경우 ○ 이러한 원격 진료 서비스를 받는 동안 12 개월마다 직접 방문을 한 경우 ○ 특정 상황에서는 상기 사항에 예외가 적용될 수 있습니다. • Rural Health Clinic 및 Federally Qualified Health Center 에서 제공하는 정신건강 진료 방문을 위한 원격 진료 서비스 • 장소에 관계없이 물질 사용 장애 또는 동시 발생 정신 건강 장애가 있는 회원을 위한 원격 진료 서비스 • <u>다음에 해당하는 경우</u>, 의사와 5~10 분 동안의 가상

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
의사/진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함) **(계속)**	체크인(예: 전화 또는 화상 채팅)이 이루어집니다. ○ 귀하가 신규 환자가 아니며 ○ 체크인이 지난 7 일 동안의 진료소 방문과 관련이 없으며 ○ 체크인이 24 시간 이내 또는 가장 빠르게 잡을 수 있는 예약으로 이어지지 않는 경우 • <u>다음에 해당하는 경우</u>, 담당 의사가 24 시간 이내에 귀하가 의사에게 보내는 영상 및/또는 사진을 평가 및 해석하고 후속 진료를 실시합니다. ○ 귀하가 신규 환자가 아니며 ○ 체크인이 지난 7 일 동안의 진료소 방문과 관련이 없으며 ○ 체크인이 24 시간 이내 또는 가장 빠르게 잡을 수 있는 예약으로 이어지지 않는 경우 • 담당 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 다른 의사와 상담 • 수술 전 다른 네트워크 서비스 제공자의 2 차 소견 • 비정기적 치과 서비스(보장 서비스는 턱관절 또는 관련 구조의 수술, 턱관절 또는 안면 뼈의 골절 치료, 종양성 암 질환에 대한 방사선 치료 전 턱관절 준비를 위한 발치, 또는 의사가 제공하는 경우 보장되는 서비스로 제한됩니다)	체크인(예: 전화 또는 화상 채팅)이 이루어집니다. ○ 귀하가 신규 환자가 아니며 ○ 체크인이 지난 7 일 동안의 진료소 방문과 관련이 없으며 ○ 체크인이 24 시간 이내 또는 가장 빠르게 잡을 수 있는 예약으로 이어지지 않는 경우 • <u>다음에 해당하는 경우</u>, 담당 의사가 24 시간 이내에 귀하가 의사에게 보내는 영상 및/또는 사진을 평가 및 해석하고 후속 진료를 실시합니다. ○ 귀하가 신규 환자가 아니며 ○ 체크인이 24 시간 이내 또는 가장 빠르게 잡을 수 있는 예약으로 이어지지 않는 경우 • 담당 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 다른 의사와 상담 • 수술 전 다른 네트워크 서비스 제공자의 2 차 소견 • 비정기적 치과 서비스(보장 서비스는 턱관절 또는 관련 구조의 수술, 턱관절 또는 안면 뼈의 골절 치료, 종양성 암 질환에 대한 방사선 치료 전 턱관절 준비를 위한 발치, 또는 의사가 제공하는 경우 보장되는 서비스로 제한됩니다)

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
보철 및 정형용 교정 장치와 관련 소모품	신체 부위 또는 기능 전체 또는 일부를 대체하는 (치과 이외의) 장치. 여기에는 결장루 치료, 박동조율기, 교정기, 의족용 신발, 인공 사지 및 유방 보형물(유방절제술 후 수술용 브래지어 포함)과 직접적으로 관련된 결장루낭 및 용품이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 보철 장치와 관련된 특정 용품 및 의지 보조기의 수리 및/또는 교체가 포함됩니다. 또한 백내장 제거 또는 백내장 수술 후 일부 보장을 포함합니다. 자세한 내용은 이 섹션의 뒷부분의 *시력 관리*를 참조하십시오.	신체 부위 또는 기능 전체 또는 일부를 대체하는 (치과 이외의) 장치. 여기에는 보철 및 정형용 교정 장치의 사용에 대한 테스트, 피팅 또는 교육이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. 또한 결장루 치료, 박동조율기, 교정기, 의족용 신발, 인공 사지 및 유방 보형물(유방절제술 후 수술용 브래지어 포함)과 직접적으로 관련된 결장루낭 및 용품이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 보철 및 정형용 교정 장치와 관련된 특정 소모품, 그리고 보철 및 정형용 교정 장치의 수리 및/또는 교체가 포함됩니다. 또한 백내장 제거 또는 백내장 수술 후 일부 보장을 포함합니다. 자세한 내용은 이 섹션의 뒷부분의 *시력 관리*를 참조하십시오.
전문 요양 시설(SNF) 간호 서비스 **전문 요양 시설(SNF) 간호 서비스** **(계속)**	**네트워크 내** Medicare 에서 보장하는 SNF 입원 시: 1~100 일차: 1 일당 본인부담금 $0 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. **네트워크 외** Medicare 에서 보장하는 SNF 입원 시: 1~20 일차: 1 일당 본인부담금 $0 21~100 일차: 1 일당 본인부담금 $204	**네트워크 내** Medicare 에서 보장하는 SNF 입원 시: 1~100 일차: 1 일당 본인부담금 $0 101~180 일차: 1 일당 본인부담금 $0 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. **네트워크 외** Medicare 에서 보장하는 SNF 입원 시: 1~20 일차: 1 일당 본인부담금 $0 21~100 일차: 1 일당 본인부담금 $204 101~180 일차: 1 일당 본인부담금 $0

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
		이는 2024 년 비용 분담 금액이며 2025 년에는 변경될 수 있습니다. *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 는 요금이 업데이트되는 즉시 이를 제공할 것입니다.
긴급하게 필요한 서비스 **긴급하게 필요한 서비스 (계속)**	긴급하게 필요한 서비스는 비응급, 예상치 못한 질병, 부상 또는 즉각적인 의료 서비스가 필요하지만 귀하의 상황을 고려할 때 네트워크 서비스 제공자로부터 서비스를 받는 것이 불가능하거나 무리인 질환을 치료하기 위해 제공됩니다. 귀하의 상황을 고려할 때 네트워크 서비스 제공자로부터 즉각적으로 의료 서비스를 받는 것이 무리인 경우 귀하의 플랜은 네트워크 외 서비스 제공자를 통해 긴급하게 필요한 서비스를 보장합니다. 서비스는 즉각적으로 필요하며 의학적으로 필요한 것이어야 합니다. 플랜이 네트워크 외에서 보장해야 하는 긴급하게 필요한 서비스의 예는 다음과 같은 경우에 발생합니다. 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있으며 예상치 못한 질환에 대해 의료적으로 필요한 즉각적인 서비스가 필요하지만 의료적 응급 상황은 아닌 경우, 또는 귀하의 상황을 고려할 때 네트워크 서비스 제공자로부터 즉각적으로 의료 서비스를 받는 것이 무리인 경우입니다. 네트워크 외에서 제공되는 긴급하게 필요한 필수 서비스에 대한 비용분담금은 네트워크 내에서 서비스가 제공될 때와 동일합니다.	응급 상황이 아닌 즉각적인 의학적 치료를 필요로 하는 플랜 보장 서비스는 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우 또는 귀하가 플랜의 서비스 지역 내에 있더라도 플랜과 계약을 체결한 네트워크 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받을 시간, 장소 및 상황을 고려하면 불합리한 경우에 긴급하게 필요한 서비스입니다. 귀하의 플랜은 긴급하게 필요한 서비스를 보장하고 네트워크 내 비용 분담금만 청구해야 합니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병과 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급성 악화가 있습니다. 그러나 연례 검진과 같이 의학적으로 필요한 정기 서비스 제공자 방문은 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급히 필요한 것으로 간주되지 않습니다. 긴급하게 필요한 서비스는 미국 내에서 보장되는 혜택입니다.

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
	긴급하게 필요한 서비스는 미국 내에서 보장되는 혜택입니다.	
가치 기반 보험 설계(VBID) 모델 **가치 기반 보험 설계(VBID) 모델** **(계속)**	가치 기반 보험 설계(VBID) 모델은 보장되지 <u>않습니다</u>.	보험료, 공제액 및 공동보험금과 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불하기 위해 “별도 보조”를 받는 경우, 귀하는 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금을 받을 자격이 있습니다. 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금은 HMSA 추가 혜택 직불 카드에 충전됩니다. 보조금 혜택은 매월 초에 갱신되며 미사용 혜택 잔액은 월간 이월되지 않습니다. 보조금 혜택은 다음과 같은 목적으로 사용할 수 있습니다. • 과일, 채소, 일부 통조림 제품과 같은 건강 식품. • 전기, 물, 천연가스 및 폐기물과 같은 가정용 유틸리티. HMSA 추가 혜택 직불 카드를 우편으로 받게 됩니다. 카드를 사용하여 일부 소매점에서 또는 우편 주문 파트너인 Medline 의 우편 주문을 통해 보장 제품을 구매할 수 있습니다. 품목을 온라인, 전화 또는 우편으로 주문하시면 추가 비용 없이 해당 품목을 집까지 배송해 드립니다. 온라인 쇼핑을 하거나 추가 혜택 계정을 관리하려면 https://HMSAExtraBenefits.com 을 방문하거나, 1-800-790-6019(월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(하와이 표준시))번으로 전화하십시오. **네트워크 내**

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
		건강 식품 및 가정 유틸리티에 대해 매월 최대 $133 까지 본인부담금 $0. 귀하의 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금은 비처방(OTC) 건강 제품 보조금과 합산됩니다. 자세한 내용은 *비처방(OTC) 건강 제품, 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금*을 참조하십시오.
Welcome to Medicare 예방 검진 방문	플랜은 1 회의 **Welcome to Medicare** 예방 검진 방문을 보장합니다. 이 방문에는 귀하의 건강에 대한 검토, 귀하에게 필요한 예방 서비스(특정 선별검사 및 주사 포함)에 대한 교육 및 상담, 그리고 필요한 경우 다른 의료 서비스에 대한 진료 의뢰가 포함됩니다. **중요:** 저희는 귀하가 Medicare Part B 에 가입된 후 12 개월 이내에만 **Welcome to Medicare** 예방 검진 방문을 보장합니다. 예약할 때 의사 진료실에 **Welcome to Medicare** 예방 검진 방문 예약을 원한다고 알려주십시오.	플랜은 1 회의 *Welcome to Medicare* 예방 검진 방문을 보장합니다. 이 방문에는 귀하의 건강에 대한 검토, 귀하에게 필요한 예방 서비스(특정 선별검사 및 주사(또는 백신) 포함)에 대한 교육 및 상담, 그리고 필요한 경우 다른 의료 서비스에 대한 진료 의뢰가 포함됩니다. **중요:** 저희는 귀하가 Medicare Part B 에 가입된 후 12 개월 이내에만 *Welcome to Medicare* 예방 검진 방문을 보장합니다. 예약할 때 의사 진료실에 *Welcome to Medicare* 예방 검진 방문 예약을 원한다고 알려주십시오.

섹션 1.5 - Part D 처방약 보장 변경사항

의약품 목록 변경사항

보장 의약품 목록을 처방집 또는 의약품 목록이라 합니다. 의약품 목록의 사본은 전자식으로 제공됩니다. 의약품 목록 사본을 요청하는 방법을 설명하는 문서를 보내드리겠습니다.

저희는 의약품 목록을 변경했으며, 여기에는 약품을 삭제 또는 추가하거나 특정 약품의 보장에 적용되는 제한사항을 변경하는 것이 포함되었을 수 있습니다. **귀하의 약품이 내년에 보장될 것인지, 어떤 제한사항이 있을 것인지 확인하려면 의약품 목록을 검토하십시오.**

의약품 목록의 대부분의 변경사항은 매년 초에 새로 적용됩니다. 그러나 Medicare 규칙에서 허용하는 다른 변경사항들을 적용할 수도 있습니다. 저희는 최신 의약품 목록을 제공하기 위해 최소한 매달 온라인 의약품 목록을 업데이트합니다. 귀하가 복용 중인 약품에 대한 귀하의 접근성에 영향을 미치는 변경사항을 적용하는 경우, 해당 변경사항에 대한 통지를 보내드릴 것입니다.

연초 또는 연도 중에 의약품 보장 범위가 변경되어 귀하가 영향을 받는 경우, 보장 범위 증명서의 제 9 장을 검토하고 담당 의사와 상의하여 임시 공급분 요청, 예외 신청 및/또는 새로운 의약품을 찾기 위한 노력 등의 옵션에 대해 알아보시기 바랍니다. 또한 고객관리부에 문의하여 자세한 정보를 얻을 수도 있습니다.

2025 년부터, 당사는 의약품 목록에서 브랜드 약품 또는 오리지널 생물학적 제품과 관련해 이를 동일하거나 더 적은 제약 사항이 적용되는 새로운 제네릭 또는 특정 바이오시밀러 버전의 브랜드 약품 또는 오리지널 생물학적 제품으로 대체하는 경우 즉시 이를 삭제할 수 있습니다. 또한, 새로운 버전을 추가할 때, 당사는 브랜드 약품 또는 오리지널 생물학적 제품을 의약품 목록에 유지하기로 결정할 수 있지만, 새로운 제한사항을 추가할 수 있습니다.

2025 년부터 오리지널 생물학적 제품을 특정 바이오시밀러로 즉시 교체할 수 있습니다. 이는 예를 들어, 귀하가 제네릭 또는 바이오시밀러 버전으로 대체되는 브랜드 약품 또는 생물학적 제품을 복용하고 있는 경우, 저희가 변경을 하기 30 일 전에 변경사항에 대한 통지를 받지 못하거나 네트워크 약국에서 한 달치의 브랜드 약품 또는 생물학적 제품 공급을 받지 못할 수 있음을 의미합니다. 저희가 변경사항을 적용하는 시점에 귀하가 브랜드 약품 또는 생물학적 제품을 복용하고 있는 경우, 귀하는 저희가 적용한 특정 변경사항에 대한 정보를 계속 받게 되지만 해당 정보는 변경된 이후에 도착할 수 있습니다.

이러한 약물 유형 중 일부는 귀하에게 새로운 것일 수 있습니다. 이 장 전체에서 논의되는 약품 유형의 정의를 살펴보려면 보장 범위 증명서 제 10 장을 참조하십시오. 미국 식품의약품안전청(FDA)도 의약품에 대한 소비자 정보를 제공합니다. FDA 웹사이트: https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients 를 참조하십시오. 또한 고객관리부에 연락하거나 담당 의료 서비스 제공자, 처방자 또는 약사에게 추가 정보를 요청할 수 있습니다.

처방약 혜택 및 비용 관련 변경사항

2025 년부터 연간 공제액 단계, 최초 보험보장 단계, 비상 재해 보험보장 단계로 이루어진 세 가지 **약품 지불 단계**가 있습니다. 보험보장 공백 단계 및 보험보장 공백 할인 프로그램은 Part D 혜택에 더 이상 존재하지 않습니다.

또한 보험보장 공백 할인 프로그램은 제조업체 할인 프로그램으로 대체됩니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라, 의약품 제조업체는 최초 보장 단계 및 비상 재해 보험보장 단계 동안 보장되는 Part D 브랜드 약품 및 생물학적 제제에 대해 플랜의 전체 비용 중 일부를 지불합니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라 제조업체가 지불한 할인 금액은 본인 부담 비용에 포함되지 않습니다.

공제액 단계 변경사항

단계	2024 년(올해)	2025 년(내년)
1 단계: 연간 공제액 단계 이 단계 동안 귀하는 연간 공제액에 도달할 때까지 Part D 약품 비용 **전액을 지불합니다**. 공제액은 대상포진, 파상풍 및 여행 백신을 포함한 대부분의 성인 Part D 백신과 보장되는 인슐린 제품에는 적용되지 않습니다.	대부분의 회원은 처방약 비용에 대해 “별도 보조”를 받기 때문에 대부분의 회원에게는 공제 단계가 적용되지 않습니다. “별도 보조”를 받는 경우 이 지불 단계는 귀하에게 적용되지 않습니다. 공제액은 $545 입니다.	대부분의 회원은 처방약 비용에 대해 “별도 보조”를 받기 때문에 대부분의 회원에게는 공제액 단계가 적용되지 않습니다. “별도 보조”를 받는 경우 이 지불 단계는 귀하에게 적용되지 않습니다. 공제액은 $590 입니다.

최초 보험보장 단계의 비용분담금에 대한 변경사항

단계	2024 년(올해)	2025 년(내년)
2 단계: 최초 보장 단계 연간 공제액을 지불한 후, 최초 보험보장 단계로 넘어갑니다. 이 단계 동안 플랜이 약품의 플랜 비용 분담금을 지급하고 **귀하가 본인의 비용 분담금을 지불합니다.** 이 행의 비용은 표준 비용 분담을 제공하는 네트워크 약국에서 처방전을 조제하는 경우의 한 달치(30 일) 비용입니다.	처방약 비용을 지불하는 데 도움이 되는 Medicare 의 “별도 보조” 자격이 있는 경우, 보장되는 Part D 처방약에 대해 어떤 비용도 지불하지 않습니다. QUEST (Medicaid)로 보장을 받고 있는 경우 자동으로 별도 보조 자격이 부여됩니다. 표준 비용 분담이 적용되는 네트워크 약국에서 한 달치 공급분을 조제하는 데 드는 귀하의 비용:	처방약 비용을 지불하는 데 도움이 되는 Medicare 의 “별도 보조” 자격이 있는 경우, 보장되는 Part D 처방약에 대해 어떤 비용도 지불하지 않습니다. QUEST (Medicaid)로 보장을 받고 있는 경우 자동으로 별도 보조 자격이 부여됩니다. 표준 비용 분담이 적용되는 네트워크 약국에서 한 달치 공급분을 조제하는 데 드는 귀하의 비용:

단계	2024 년(올해)	2025 년(내년)
장기 공급분 또는 우편 주문 처방약 비용에 관한 정보는 *보장 범위 증명서*의 제 6 장 섹션 5 를 참조하십시오. 대부분의 성인 Part D 백신은 무료로 보장됩니다.	귀하는 비용의 25%를 지불합니다. 귀하는 이 등급에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 월 공급분당 $35 를 지불합니다. _____ 귀하의 총 약품 비용이 $5,030 에 도달한 후, 다음 단계(보장 공백 단계)로 넘어가게 됩니다.	귀하는 비용의 25%를 지불합니다. 귀하는 이 등급에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 월 공급분당 $35 를 지불합니다. _____ Part D 약품에 대해 본인지불금 $2,000 를 지불하면 다음 단계(비상 재해 보험보장 단계)로 넘어갑니다.

VBID Part D 혜택 변경사항

2025 년에는 귀하의 VBID Part D 혜택에 변경사항이 없습니다. QUEST (Medicaid)로 보장을 받고 있는 경우, 보장되는 Part D 처방약에 대해 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

비상 재해 보험보장 단계에 대한 변경사항

비상 재해 보험보장 단계는 세 번째이자 마지막 단계입니다. 2025 년부터 의약품 제조업체는 비상 재해 보험보장 단계 동안 보장되는 Part D 브랜드 약품 및 생물학적 제제에 대해 플랜의 전체 비용 중 일부를 지불합니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라 제조업체가 지불한 할인 금액은 본인 부담 비용에 포함되지 않습니다.

비상 재해 보험보장 단계에서의 귀하의 비용에 관한 구체적인 정보는 *보장 범위 증명서*의 제 6 장 섹션 6 을 참조하십시오.

섹션 2 관리 변경사항

설명	2024 년(올해)	2025 년(내년)
서비스의 사전 승인 외래 병원 관찰 서비스	2024 년에는 외래 병원 관찰 서비스의 사전 승인이 필요할 수 있습니다.	2025 년에는 외래 병원 관찰 서비스의 사전 승인이 필요하지 않습니다.
통합 D-SNP (EOC 제 12 장, *중요한 용어 정의* 참조)	이 정의는 2024 년 *보장 범위 증명서*에는 포함되지 않았습니다.	D-SNP 는 Medicare 및 Medicaid 모두에 가입할 자격이 있는 특정 개인 그룹에 대해 단일 건강 플랜하에서 Medicare 및 대부분의 또는 모든 Medicaid 서비스를 보장합니다. 이러한 개인들은 완전 혜택 이중 자격을 갖춘 개인으로도 알려져 있습니다.

설명	2024 년(올해)	2025 년(내년)
		2025 년에 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 는 통합 D-SNP 플랜이 될 것입니다.
교체 가능 바이오시밀러 (EOC 제 12 장, *중요한 용어 정의* 참조)	이 정의는 2024 년 *보장 범위 증명서*에는 포함되지 않았습니다.	바이오시밀러는 자동 대체 가능성과 관련된 추가 요건을 충족하기 때문에 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 바이오시밀러 제품의 대체품으로 사용할 수 있습니다. 약국에서의 자동 대체는 주 법률의 적용을 받습니다.
오리지널 생물학적 제품 (EOC 제 12 장, *중요한 용어 정의* 참조)	이 정의는 2024 년 *보장 범위 증명서*에는 포함되지 않았습니다.	미국 식품의약품안전청(FDA)의 승인을 받았으며 바이오시밀러 버전을 만드는 제조업체를 위해 비교 대상 역할을 하는 생물학적 제품입니다. 기준 제품이라고도 합니다.

섹션 3 선택할 플랜 결정

섹션 3.1 – *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 를 유지하려는 경우

저희 플랜에 계속 남아 있기 위해 귀하가 하셔야 할 일은 아무것도 없습니다. 다른 플랜에 가입하지 않거나 Original Medicare 로 변경하지 않는 경우, 귀하는 자동으로 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 회원으로 등록됩니다.

섹션 3.2 – 플랜을 변경하고 싶으신 경우

저희는 내년에도 귀하를 회원으로 보유하고 싶으나, 2025 년에 플랜 변경을 원하시는 경우 다음 단계를 따라 주십시오.

1 단계: 선택 옵션들에 관해 알아보고 비교하기

- 귀하는 다른 Medicare 의료 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- *– 또는 –* Original Medicare 로 변경하실 수 있습니다. 귀하가 Original Medicare 로 변경하는 경우, Medicare 의약품 플랜에 가입할지 여부를 결정하셔야 합니다.

Original Medicare 및 다양한 유형의 Medicare 플랜에 관해 자세히 알아보려면, Medicare 플랜 검색기(www.medicare.gov/plan-compare)를 사용하시거나, *Medicare & You 2025* 핸드북을 읽어

보시고, 주 의료 보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program)(섹션 5 참조)에 전화하시거나, Medicare(섹션 7.2 참조)에 전화하십시오.

다시 강조하자면, Hawai‘i Medical Service Association(HMSA)은 다른 Medicare 의료 플랜을 제공합니다. 이 다른 플랜들의 보장, 월 보험료, 비용 분담 금액은 서로 다를 수 있습니다.

2 단계: 보장 변경

- **다른 Medicare 의료 플랜으로 변경하시려면**, 새로운 플랜에 등록하십시오. *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 에서 자동으로 등록이 취소됩니다.
- **처방약 플랜이 있는 Original Medicare 로 변경하시려면**, 새로운 약품 플랜에 등록하십시오. *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 에서 자동으로 등록이 취소됩니다.
- **처방약 플랜이 없는 Original Medicare 로 변경하시려면**, 다음 중 하나를 수행하셔야 합니다.
  - 탈퇴 요청서를 전송합니다. 방법에 대한 자세한 정보가 필요한 경우 고객관리부에 문의하십시오.
  - *– 또는 –* 연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 **Medicare** 에 연락하여 탈퇴를 요청합니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

귀하가 Original Medicare 로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 **않는** 경우, 자동 등록을 거부하지 않은 한 Medicare 가 귀하를 약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다.

섹션 4 플랜 변경 마감일

내년도에 다른 플랜 또는 Original Medicare 로 변경하고 싶으신 경우 **지금부터 12 월 31 일**까지 변경하실 수 있습니다. 변경사항은 2025 년 1 월 1 일에 효력이 발생합니다.

변경이 가능한 연중 다른 시기가 있습니까?

일부 상황에서 연중 다른 시기에 변경이 허용됩니다. 예를 들어 Medicaid 가입자, 약품 비용을 지불하기 위해 “별도 보조”를 받는 사람, 고용주 보험이 있거나 탈퇴하는 사람, 서비스 지역 밖으로 이주하는 사람 등이 이에 해당합니다.

귀하는 QUEST (Medicaid)를 가지고 있기 때문에 연중 어느 달에나 저희 플랜의 멤버십을 종료하실 수 있습니다. 또한 귀하는 다음을 포함하여 어느 달에든 다른 Medicare 플랜에 가입할 수 있는 옵션도 있습니다.

- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *있는* Original Medicare
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare(귀하가 이 옵션을 선택하는 경우, Medicare 는 귀하가 자동 가입을 거부하지 않은 한 귀하를 의약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.) 또는
- 자격이 있는 경우, Medicare 와 Medicaid 혜택 및 서비스의 대부분 또는 전부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

2025 년 1 월 1 일에 Medicare Advantage 플랜에 가입했지만 선택한 플랜이 마음에 들지 않는 경우, 2025 년 1 월 1 일부터 3 월 31 일 사이에 다른 Medicare 의료 플랜(Medicare 처방약 보장 유무와 관계없이)으로 전환하거나 Original Medicare(Medicare 처방약 보장 유무와 관계없이)로 전환할 수 있습니다.

기관(예: 전문 요양 시설 또는 장기 요양 병원)에 최근 입소했거나, 현재 재원 중인 경우 **언제든지** Medicare 보장 범위를 변경할 수 있습니다. 귀하는 언제든지 다른 Medicare 의료 플랜(Medicare 처방약 보장 유무와 관계없이)으로 변경하거나 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜 유무와 관계없이)로 전환할 수 있습니다. 기관에서 최근 퇴소한 경우, 퇴소한 달 이후 만 2 개월 동안 플랜을 전환하거나 Original Medicare 로 전환할 기회가 있습니다.

섹션 5 Medicare 및 Medicaid 에 관한 무료 상담 제공 프로그램

주 의료보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)은 모든 주에 교육받은 상담사를 보유한 독립적인 정부 프로그램입니다. 하와이에서는 SHIP 을 Hawaii SHIP 이라고 합니다.

이는 Medicare 가입자들에 무료 현지 의료보험 상담을 제공하기 위해 연방 정부로부터 지원금을 받는 주 프로그램입니다. Hawaii SHIP 상담사들이 Medicare 관련 질문이나 문제에 대해 도움을 드릴 수 있습니다. 상담사들이 Medicare 플랜 선택 옵션들의 이해를 돕고, 플랜 변경에 관한 질문에 답변해 드릴 수 있습니다. Hawaii SHIP 에 (808) 586-7299 번으로 전화하실 수 있습니다. Hawaii SHIP 에 대한 자세한 정보는 웹사이트(www.hawaiiship.org)를 방문하여 확인하실 수 있습니다.

QUEST (Medicaid) 혜택에 관한 질문은 하와이주 복지부 Med-QUEST 부서로 문의하시기 바랍니다. 월요일~금요일(주 공휴일 제외) 오전 7 시 45 분~오후 4 시 30 분까지 오아후에서는 (808) 524-3370 번, 이웃 섬 또는 미국 본토에서는 1-800-316-8005 번으로 연락하시면 됩니다. TTY 사용자는 711 번으로 전화하셔야 합니다. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare 에 복귀하는 것이 QUEST (Medicaid) 보장을 받는 방법에 어떤 영향을 미치는지 문의하십시오.

섹션 6 처방약 비용 지급을 도와주는 프로그램

귀하께서는 처방약 비용 지급을 위한 도움을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

- **Medicare 의 "별도 보조"**. 귀하는 Medicaid 에 가입되어 있기 때문에 저소득 보조금이라고도 하는 "별도 보조"에 이미 등록되어 있습니다. "별도 보조"는 처방약 보험료, 연간 공제액 및 공동보험금의 일부를 지급합니다. 귀하는 자격이 있으므로 가입 지연 벌금이 없습니다. "별도 보조"에 대한 질문이 있는 경우 다음 전화로 문의하십시오.
  - 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 하루 24 시간 주 7 일 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.
  - 사회보장국은 1-800-772-1213 번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 7 시 사이에 전화하면 담당자와 상담하실 수 있습니다. 자동 응답 메시지는 하루 24 시간 이용 가능합니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778 번 또는
  - 해당 주 정부 Medicaid 사무실.

- **HIV/AIDS 환자용 처방약 비용 분담 지원**. AIDS 약품 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)은 HIV/AIDS 와 더불어 살아가는 ADAP 자격 충족 개인들이 생명을 구하는 필수 HIV 약물에 접근할 수 있도록 도와줍니다. 개인들은 주 거주, HIV 상태, 주에서 정한 저소득, 무보험/과소보험 상태 증거를 포함한 일부 기준을 충족시켜야 합니다. ADAP 에서도 보장해 주는 Medicare Part D 처방약은 HIV 약품 지원 프로그램(HDAP)을 통해 처방약 비용 분담 지원을 받을 자격이 있습니다. 자격 기준, 보장 약품 또는 프로그램 등록 방법에 대한 자세한 내용은, 주 공휴일을 제외한 월요일~금요일 오전 7 시 45 분~오후 4 시 30 분까지 (808) 7339360 번으로 전화해 주십시오. 또한 https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services/를 방문하실 수도 있습니다.

섹션 7 질문이 있으십니까?

섹션 7.1 – *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 로부터 도움 받기

질문이 있으십니까? 저희가 도와드릴 수 있습니다. 오아후에서는 (808) 948-6000 번, 옵션 6, 이웃 섬 또는 미국 본토에서는 무료 전화 1-800-660-4672 번으로 고객관리부에 전화하십시오. (TTY 전용, 711 번으로 전화하십시오.) 주 7 일, 오전 7 시 45 분~오후 8 시까지 전화 통화가 가능합니다. 이 전화번호로의 통화는 무료입니다. 지역 HMSA 사무소를 방문하실 수도 있습니다. HMSA 사무소 위치 및 운영 시간은 본 책자의 뒤표지에서 확인하십시오.

2025 년 *보장 범위 증명서*를 읽어 보십시오(여기에는 내년도 혜택과 비용에 관한 상세 정보가 들어 있습니다)

이 *연례 변경사항 통지*는 2025 년도 혜택과 비용 변경사항에 관한 요약을 제공합니다. 자세한 내용은 2025 년 *HMSA Akamai Advantage Dual Care 보장 범위 증명서*를 참조하십시오. *보장 범위 증명서*는 플랜 혜택에 관한 법적인 상세 설명입니다. 이는 귀하의 권리, 보장 서비스와 처방약을 받기 위해 준수해야 할 규칙에 관해 설명합니다. *보장 범위 증명서* 사본은 저희 웹사이트(www.hmsa.com/advantage)에서 확인하실 수 있습니다. 또한 고객관리부(Customer Relations)에 전화하여 *보장 범위 증명서*를 우송해 달라고 요청하실 수 있습니다.

저희 웹사이트 방문

저희 웹사이트(www.hmsa.com/advantage)를 방문하실 수도 있습니다. 다시 강조하자면, 저희 웹사이트는 서비스 제공자 네트워크(*서비스 제공자 디렉토리*) 및 *보장 의약품 목록(처방집/"의약품 목록".)*에 관한 가장 최신 정보를 제공합니다.

섹션 7.2 – Medicare 로부터 도움 받기

Medicare 로부터 직접 정보를 받으시려면:

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화합니다

연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

Medicare 웹사이트를 방문합니다

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오. 웹사이트에는 Medicare 의료 플랜들을 비교할 수 있도록 비용, 보장, 품질 평점 등에 관한 정보가 나와 있습니다. 플랜에 대한 정보를 보려면 www.medicare.gov/plan-compare 를 방문하십시오.

Medicare & You 2025 를 읽어보십시오

Medicare & You 2025 핸드북을 읽어보십시오. 매년 가을, 이 문서가 Medicare 가입자들에게 우송됩니다. 여기에는 Medicare 혜택, 권리 및 보호조치에 대한 요약과 가장 자주 묻는 Medicare 관련 질문들에 대한 답변이 담겨 있습니다. 이 문서 사본이 없는 경우, Medicare 웹사이트(https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)를 방문하거나, 연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하면 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

섹션 7.3 – QUEST (Medicaid)로부터 도움 받기

QUEST (Medicaid)로부터 정보를 얻으려면 하와이주 복지부 Med-QUEST 부서로 전화하시면 됩니다. 월요일~금요일(주 공휴일 제외) 오전 7 시 45 분~오후 4 시 30 분까지 오아후에서는 (808) 524-3370 번, 이웃 섬 또는 미국 본토에서는 1-800-316-8005 번으로 가능합니다. TTY 사용자는 오아후에서는 711 번, 이웃 섬에서는 711 번으로 전화해야 합니다.

HMSA Akamai Advantage (PPO)

2025년 보장 범위 증명서
2024년 10월 1일부터 제공

귀하의 의료 플랜에 대해 알아보기
귀하의 의료 플랜에서 지급하는 항목 및 다음 방법을 포함한 기타 세부 정보를 확인하십시오.

- 의료 서비스 받기.
- 월 보험료 납부하기.
- 궁금한 점이 있는 경우 당사, Medicare 또는 사회보장국에 문의하십시오.

온라인으로 보기
hmsa.com/advantage로 이동합니다. 플랜 문서에서 플랜을 클릭한 다음 보장 범위 증명서를 클릭합니다. 귀하의 언어를 선택합니다.

사본을 우편으로 보내달라고 요청하실 수도 있습니다. 인쇄본 요청을 클릭하고 양식을 작성한 후 제출을 클릭합니다.

*2024년 보장 범위 증명서*는 2024년 12월 31일까지 제공됩니다.

컴퓨터가 없으십니까? *보장 범위 증명서를 우편으로* 보내드리겠습니다. 매일 오전 7시 45분~오후 8시까지 전화주십시오.

- (808) 948-6000 또는 1 (800) 660-4672
- TTY: 711

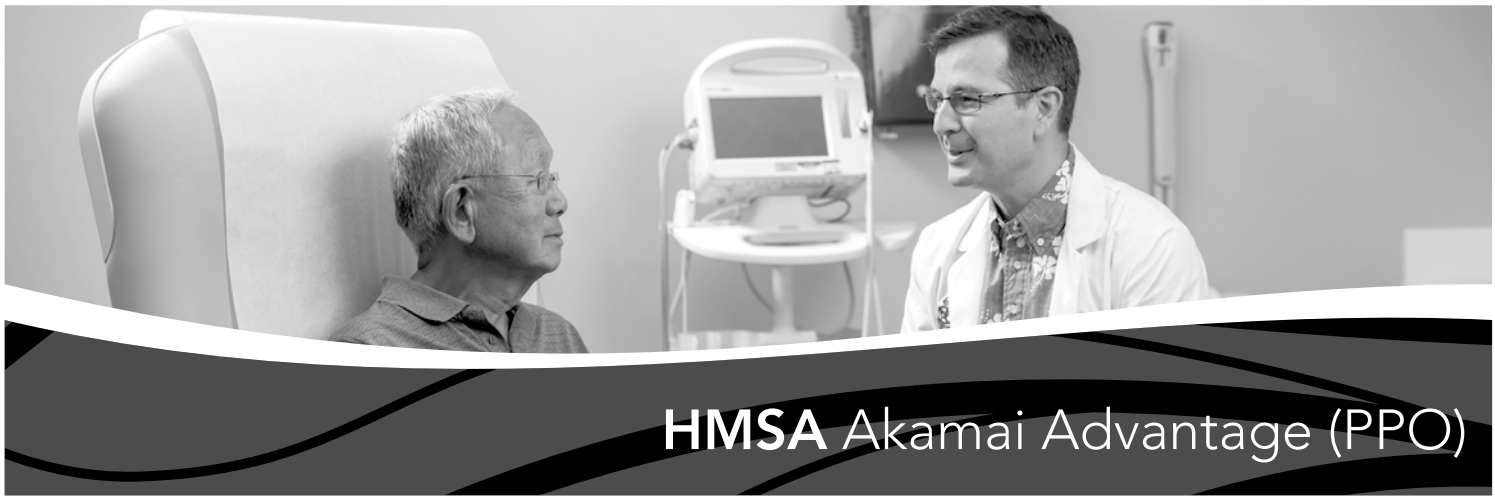
질문이 있으십니까? 전화주시면 기꺼이 도와드리겠습니다.

hmsa®

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

H3832_8700_1068643_H5M322_25_C

8700-1068643 8.24 by



HMSA Akamai Advantage (PPO)

의사를 찾고 계십니까?

2025년 서비스 제공자 디렉터리는 2024년 10월 1일에 제공됩니다.

hmsa.com/advantage를 방문하십시오.

1. 의사 찾기(Find a Doctor)를 클릭하십시오.
2. Medicare에서 귀하의 플랜을 선택하십시오.
3. 내 플랜 기억하기(Remember my plans)를 클릭한 다음 검색(Search) 버튼을 클릭하십시오. 지역, 전문 분야, 질병별로 검색할 수 있습니다.

저희의 서비스 제공자 디렉토리를 받으십시오. 다음 두 가지 옵션이 있습니다.

- **온라인으로 보기.** hmsa.com/advantage로 이동합니다. 플랜 문서에서 귀하의 플랜을 클릭한 다음 서비스 제공자 디렉토리를 클릭합니다. 귀하의 언어를 선택합니다.
- **전화로 인쇄본 요청하기.** 매일 오전 7시 45분~오후 8시 사이에 (808) 948-6000 또는 1 (800) 660-4672번으로 전화하십시오. TTY의 경우 711번으로 전화하십시오.

다음과 같은 서비스 제공자 디렉토리를 우편으로 보내드릴 수 있습니다.

- HMSA Akamai Advantage® (PPO)
- HMSA Akamai Advantage (PPO D-SNP)
- HMSA Akamai Advantage PPO Dental
- HMSA Akamai Advantage Routine Vision

또한 **HMSA의 Silver&Fit® 건강한 노화 및 운동 프로그램** 디렉토리 사본을 요청하실 수도 있습니다. 저희에게 전화하셔서 Silver&Fit 디렉토리를 요청하십시오. 기꺼이 우편으로 보내드리겠습니다.

저희 디렉토리에 명시된 서비스 제공자는 HMSA에 참여하고 있습니다. 그러나 최대한 절감액을 활용하기 위해서는 서비스 제공자에게 전화하여 귀하의 플랜 네트워크에 속해 있는지 확인하십시오.

질문이 있으십니까? 서비스 제공자를 찾는 데 도움이 필요한 경우 전화주시면 기꺼이 도와드리겠습니다.

HMSA Akamai Advantage®는 Medicare 계약이 포함된 PPO 플랜입니다. HMSA Akamai Advantage 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다.

Silver&Fit 프로그램은 American Specialty Health Incorporated(ASH)의 자회사인 American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness)에서 제공합니다. ASH는 독립적인 전문 건강 관리 기관으로 근골격계 건강 서비스 제공자 네트워크 및 프로그램, 피트니스 센터 네트워크 및 프로그램, 그리고 HMSA를 대신하여 웰빙 솔루션을 제공합니다.

hmsa®

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

H3832_8700_1068468_H5M320_25_C

8700-1068468 8.24 by

HMSA Akamai Advantage (PPO)

2025년 처방약 목록(처방집)

귀하의 플랜은 어떤 약품에 대한 비용을 지원하는지 알아보십시오

온라인으로 확인하면 빠르고 쉽습니다!
약품 비용, 가용성 및 모든 요건을 확인하십시오.
업데이트된 의약품 목록은 2024년 10월 1일부터 제공됩니다.

온라인으로 보기.
hmsa.com/advantage로 이동합니다. 플랜 문서에서 플랜을 클릭한 다음 의약품 목록(처방집)을 클릭합니다. 귀하의 언어를 선택합니다.

의약품 목록 사본을 우편으로 보내달라고 요청하실 수도 있습니다. 인쇄본 요청을 클릭하고 양식을 작성한 후 제출을 클릭합니다.

컴퓨터가 없으십니까?
의약품 목록을 우편으로 보내드릴 수 있습니다.
매일 오전 7시 45분~오후 8시까지 전화주십시오.

- (808) 948-6000 또는 1 (800) 660-4672
- TTY: 711

질문이 있으십니까? 전화주시면 기꺼이 도와드리겠습니다.

hmsa®

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

H3832_8700_1068533_H5M321_25_C

8700-1068533 8.24 by

Form Approved
OMB# 0938-1421

hmsa

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

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 (800) 660-4672 (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 (800) 660-4672 (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 (800) 660-4672 (TTY: 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 (800) 660-4672 (TTY: 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 (800) 660-4672 (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 (800) 660-4672 (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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1 (800) 660-4672 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí 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 (800) 660-4672 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1 (800) 660-4672 (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 (800) 660-4672 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إنني أقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لديني. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). 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 (800) 660-4672 (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 (800) 660-4672 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: 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 (800) 660-4672 (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 (800) 660-4672 (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 (800) 660-4672 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 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がありますございます。通訳をご用命になるには、1 (800) 660-4672 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

HMSA Medicare Advantage 고객관리부

전화	무료 전화 (808) 948-6000 옵션 6 또는 1 (800) 660-4672, 매일 오전 7시 45분~오후 8시. 이 전화번호로의 통화는 무료입니다. 고객관리부는 영어를 사용하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711. 이 번호는 특수 전화 장비를 필요로 하고 청력 또는 언어 문제가 있는 개인을 위한 번호입니다. 이 번호로의 통화는 무료입니다.
팩스	(808) 948-6433
우편	HMSA Medicare Advantage Customer Relations P.O. Box 860 Honolulu, HI 96808-0860
웹사이트	hmsa.com/advantage
방문	운영시간은 변경될 수 있습니다. 방문하기 전에 hmsa.com/contact에서 확인하시기 바랍니다. HMSA 센터: 저녁 및 주말 운영 시간 연장 **오아후 호놀룰루 (Honolulu, Oahu)** | 818 Keeaumoku St. 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 | 토요일 오전 9시~오후 2시 **오아후 펄 시티 (Pearl City, Oahu)** | Pearl City Gateway, 1132 Kuala St., Suite 400 월요일~금요일 오전 9시~오후 6시 | 토요일 오전 9시~오후 2시 **하와이섬 힐로 (Hilo, Hawaii Island)** | Waiakea Center, 303A E. Makaala St. 월요일~금요일 오전 9시~오후 6시 | 토요일 오전 9시~오후 2시 **마우이 카훌루이 (Kahului, Maui)** | Puunene Shopping Center, 70 Hookele St. 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 | 토요일 오전 9시~오후 1시 **카우아이 리후에 (Lihue, Kauai)** | Kuhio Medical Center, 3-3295 Kuhio Highway, Suite 202 월요일~금요일 오전 8시~오후 4시

Hawai'i SHIP

Hawai'i SHIP은 Medicare 가입자에게 무료 현지 의료 보험 상담을 제공하기 위해 연방 정부로부터 지원금을 받는 주 프로그램입니다.

전화	무료 전화 (808) 586-7299 또는 1 (888) 875-9229 월요일~일요일. 이 전화는 사전 녹음된 헬프라인입니다. 전화는 영업일 기준 5일 이내에 회신됩니다.
TTY	1 (866) 810-4379. 이 번호는 특수 전화 장비를 필요로 하고 청력 또는 언어 문제가 있는 개인을 위한 번호입니다.
우편	Hawai'i SHIP Executive Office on Aging Hawaii State Department of Health No. 1 Capitol District 250 S. Hotel St., Suite 406 Honolulu, HI 96813-2831
웹사이트	hawaiiship.org

PRA 공개 선언 *1995년 문서업무감축법에 따라, 유효한 OMB 관리번호가 표시되지 않는 한 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1051입니다. 이 양식의 개선에 대한 의견이나 제안이 있는 경우, 다음 주소로 서신을 보내십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

8700-1076505 8.24