

2026

《年度變更通知》

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)

紐約市
布魯克林區和皇后區

Humana®



現在審閱您的 2026 年 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 更新正是時候

感謝您信任 Humana (惠安納) 為您提供在 2025 年的承保需求。您可以在這裡找到《年度變更通知》。此資料袋可讓您輕鬆並列比較 2025 和 2026 的計劃福利。當中會向您顯示重要的變更，但請記住，它並未包含所有計劃福利的完整清單。

Humana 致力於提供各種計劃，為您提供您最仰賴的福利和服務。我們今年的計劃也不例外。我們的許多會員都會看到他們的計劃福利與去年一樣或有所改善。此外，我們還進行了其他改進，使您更容易使用計劃和獲得您需要的照護。



例如，您的 Medicare (聯邦醫療保險) 優勢處方藥 (MAPD) 計劃包括牙科、視力、聽力和處方藥承保。它也提供 \$0 的初級保健共付額和 \$0 預防保健，包括乳房 X 光檢查、結腸鏡檢查和骨密度篩檢。

以下是確保您為 2026 年做好準備的方法：



請仔細檢閱計劃變更。如果您想保有目前的 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 計劃，您不需要採取任何行動。計劃將於 2026 年 1 月 1 日自動更新，您可以保留目前的 Humana 會員卡。



如果您有任何問題，可以透過登入以下網站找到更多資訊：

www.Humana.com/PlanInformation。



從 10 月 15 日起，您可以前往

www.Humana.com/PlanInformation，或掃描 QR 碼以在線上看到您 2026 年《承保證明》中計劃福利的完整清單。

感謝您成為 Humana 會員。我們期待在 2026 年繼續為您的最佳健康提供支援。

2026《年度變更通知》

您是 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 計劃的投保會員。

此資料說明我們計劃明年的費用和福利變更。

- **您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間變更明年的 Medicare 承保範圍。**如果您未在 2025 年 12 月 7 日前加入另一個計劃，您將會繼續投保 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。
- 若要變更為**不同的計劃**，請造訪 www.Medicare.gov，或檢閱《Medicare 與您 2026》手冊後頁的清單。
- 請注意，這只是變更摘要。有關費用、福利和規則的詳細資訊，請參閱《承保證明》。請造訪 **Humana.com/PlanDocuments** 索取副本，或致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 透過郵件索取副本。您也可以檢視《承保證明》，瞭解其他福利或費用的變更是否會對您造成影響。

更多資源

- 此資料免費提供中文版和西班牙文版。
- 請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 以瞭解詳情。從 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，辦公時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點；從 4 月 1 日至 9 月 30 日，辦公時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。這是一支免費電話。
- 此資訊有不同的格式可供選擇，包括點字、大字印刷和音訊。如果您需要其他格式的計劃資訊，請撥上述電話號碼致電客戶服務部。
- **本計劃的承保範圍，符合合格健康承保 (QHC) 的條件**，並滿足患者保護與平價醫療法 (ACA) 的個人分攤責任要求。如需更多資訊，請造訪 Internal Revenue Service (IRS) 網站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families。

關於 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)

- Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 是一個簽署 Medicare 合約的 Medicare 優勢 HMO 組織。投保任何 Humana 計劃需視續約情況而定。
- 此資料中提及的「我們」或「我們的」是指 Humana Health Company of New York, Inc.。而「計劃」或「我們的計劃」則是指 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。
- **如果您未在 2025 年 12 月 7 日前採取任何行動，您將會自動投保 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。**自 2026 年 1 月 1 日起，您將透過 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 獲得醫療和藥物承保。請參閱第 3 節，以瞭解如何變更計劃和進行變更的期限。

H3533_ANOC_MAPD_HMO_033000_2026_CH_M

OMB Approval 0938-1051 (到期日：2026 年 8 月 31 日)

目錄

2026 年重要費用摘要.....	5
第 1 節 明年福利和費用的變更	9
第 1.1 節 每月計劃保費的變更.....	9
第 1.2 節 您的最大自付費用的變更.....	9
第 1.3 節 提供者網絡的變更.....	10
第 1.4 節 藥房網絡的變更.....	10
第 1.5 節 醫療服務福利和費用的變更.....	10
第 1.6 節 D 部分藥物承保的變更.....	17
第 1.7 節 處方藥福利和費用的變更.....	17
第 2 節 行政變更.....	20
第 3 節 如何變更計劃.....	20
第 3.1 節 變更計劃截止日期.....	20
第 3.2 節 一年當中還有其他時間可以更換計劃嗎？.....	21
第 4 節 獲得幫助支付處方藥	21
第 5 節 問題？.....	22
獲得 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的幫助.....	22
獲得關於 Medicare 的免費諮詢.....	22
獲得 Medicare 的幫助.....	22
附錄 A 州級機構聯絡資訊	24

列出您所在州各種有用資源的名稱、地址、電話號碼和其他聯絡資訊。

2026 年重要費用摘要

費用	2025 (今年)	2026 (明年)
	網絡內	網絡內
每月計劃保費* * 您的保費可能會比這個金額更高。請前往第 1.1 節以瞭解詳情。	\$0	\$0
免賠額	\$580 透過耐用醫療設備項目提供的胰島素除外。	不適用
免賠額排除情況	以下列出的服務不包括在網絡內的免賠額中： 救護車服務 化療藥物及投予 糖尿病監測用品 急診室服務 化驗室服務 Medicare 承保的預防服務 Medicare B 部分胰島素藥物 其他 Medicare B 部分藥物 原有的 Medicare 未承保的初級保健醫生診所服務 (即補充保險福利) 專科醫生診所 緊急護理中心的緊急服務	不適用
最大自付費用 這是您為承保的 A 部分和 B 部分服務所支付的最高自付費用。(請前往第 1.2 節以瞭解詳情。)	\$9,350	\$8,550
初級保健診所就診	每次就診共付額為 \$0	每次就診共付額為 \$0
專科醫生診所就診	每次就診共付額為 \$45	每次就診共付額為 \$40

費用	2025 (今年)	2026 (明年)
	網絡內	網絡內
住院治療 包括住院急性就診、住院復健、長期照護醫院以及其他類型的住院醫院服務。住院護理從您依照醫囑正式入院當天起算。您出院的前一天是您的最後住院日。	第 1 – 6 日每天共付額 \$310 第 7 – 90 日每天共付額 \$0	第 1 – 6 日每天共付額 \$310 第 7 – 90 日每天共付額 \$0
D 部分藥物承保免賠額 (請前往第 1.7 節以瞭解詳情)	\$590 承保的胰島素產品和大部分的成人 D 部分疫苗除外	\$615 承保的胰島素產品和大部分的成人 D 部分疫苗除外
D 部分藥物承保 (請前往第 1.7 節以瞭解詳情，包括年度免賠額、初始承保和重大傷病保險階段。) 並非所有等級都包含胰島素。請參閱您的處方藥指南以確認胰島素承保。	在這個階段，您會為第 1 等級藥物支付 \$2 分攤費用，為第 2 等級藥物支付 \$12 分攤費用，為第 3 等級、第 4 等級和第 5 等級藥物支付全額費用，直到您達到年度免賠額為止。 初始承保階段期間的共付額/共保額： 由 零售藥房 提供 30 天供應量： • 第 1 級藥物： \$2 • 第 2 級藥物： \$12 • 第 3 級藥物： \$47 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 \$35 。 • 第 4 級藥物： 26% • 第 5 級藥物： 25% 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 \$35 。	在這個階段，您會為第 1 等級藥物支付 \$0 分攤費用，為第 2 等級藥物支付 \$5 分攤費用，為第 3 等級、第 4 等級和第 5 等級藥物支付全額費用，直到您達到年度免賠額為止。 初始承保階段期間的共付額/共保額： 由 零售藥房 提供 30 天供應量： • 第 1 級藥物： \$0 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 0% 。 • 第 2 級藥物： \$5 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25% ，最多可達 \$5 。

費用	2025 (今年)	2026 (明年)
	網絡內	網絡內
		- 第 3 級藥物：\$47 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25%，最多可達 \$35。 - 第 4 級藥物：26% 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25%，最多可達 \$35。 - 第 5 級藥物：25% 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25%，最多可達 \$35。
	由提供首選分攤費用的郵購藥房提供 90 天供應量： - 第 1 級藥物：\$0 - 第 2 級藥物：\$0 - 第 3 級藥物：\$131 您在此等級為每項承保胰島素的每 3 個月供應量支付 \$95。 - 第 4 級藥物：26% - 第 5 級藥物：不適用	由提供首選分攤費用的郵購藥房提供 100 天供應量： - 第 1 級藥物：\$0 您在此等級為每項承保胰島素的每 3 個月供應量支付 0%。 - 第 2 級藥物：\$0 您在此等級為每項承保胰島素的每 3 個月供應量支付 0%。 - 第 3 級藥物：\$131 您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 25%，最多可達 \$95。 - 第 4 級藥物：26% 您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 25%，最多可達 \$105。 - 第 5 級藥物：不適用

費用	2025 (今年)	2026 (明年)
	網絡內	網絡內
	由提供標準分攤費用的郵購藥房提供 90 天供應量： - 第 1 級藥物：\$30 - 第 2 級藥物：\$60 - 第 3 級藥物：\$141 您在此等級為每項承保胰島素的每 3 個月供應量支付 \$105。 - 第 4 級藥物：26% - 第 5 級藥物：不適用	由提供標準分攤費用的郵購藥房提供 100 天供應量： - 第 1 級藥物：\$30 您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 25%，最多可達 \$30。 - 第 2 級藥物：\$60 您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 25%，最多可達 \$60。 - 第 3 級藥物：\$141 您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 25%，最多可達 \$105。 - 第 4 級藥物：26% 您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 25%，最多可達 \$105。 - 第 5 級藥物：不適用
	重大傷病承保範圍： 在此付款階段，您無需為承保的 D 部分藥物以及我們增強福利承保的排除藥物支付任何費用。	重大傷病承保範圍： 在此付款階段，您無需為承保的 D 部分藥物以及我們增強福利承保的排除藥物支付任何費用。
排除藥物承保範圍	特定減肥藥物：承保	特定減肥藥物：不在承保範圍內

第 1 節 明年福利和費用的變更

第 1.1 節 - 每月計劃保費的變更

費用	2025 (今年)	2026 (明年)
每月計劃保費 (您也必須繼續繳納 Medicare B 部分保費。)	\$0	\$0
B 部分保費減免 此金額將從您的 B 部分保費中扣除。這表示您為 B 部分支付的費用會比較低。	\$1	\$0

可能變更您 D 部分保費金額的因素

- 推遲入保罰金- 如果您因為 63 天以上沒有與 Medicare 同等水平的其他處方藥承保 (亦稱為「可信的承保」) 而必須繳付終身 D 部分推遲入保罰金，您的每月計劃保費將會更高。
- 高收入附加費- 如果您的收入較高，您每個月可能需要為您的 Medicare 處方藥承保直接向政府支付額外的金額。

第 1.2 節 - 您的最大自付費用的變更

Medicare 規定所有健康計劃都必須限制您在一年當中支付多少自付費用。此限額稱為最大自付費用。一旦您已支付此金額，通常在本日曆年結束以前就不需要再為承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。

費用	2025 (今年)	2026 (明年)
	網絡內	網絡內
最大自付費用 您的承保醫療服務費用 (例如共付額) 將會 計入 您的最大自付費用。您的處方藥費用 不計入 您的最大自付費用。	\$9,350	\$8,550 一旦您為承保的 A 部分和 B 部分服務支付了 \$8,550 自付費用，您在日曆年結束以前都不需要為承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。

第 1.3 節 - 提供者網絡的變更

我們已變更明年的提供者網絡。請前往 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments) 檢閱 2026 年《提供者名錄》以確定您的提供者 (初級保健提供者、專科醫生、醫院等) 是否屬於我們的網絡。以下說明如何取得更新的《提供者名錄》：

- 造訪我們的網站：[Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)。
- 請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 以取得最新的提供者資訊，或要求我們寄給您一份《提供者名錄》。

年中我們可能會變更我們計劃中的醫院、醫生和專科醫生 (提供者)。如果我們提供者的年中變化對您造成影響，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 以尋求協助。如需更多有關網絡內提供者退出我們的計劃時您權利的資訊，請前往《承保證明》第 3 章第 2.3 節。

第 1.4 節 - 藥房網絡的變更

您所支付的處方藥金額視您使用哪家藥房而定。Medicare 藥物計劃有一個藥房網絡。在大多數情況下，只有當您向網絡內藥房購買處方藥時才可獲得承保。

我們已變更明年的藥房網絡。請前往 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments) 檢閱 2026 年《提供者名錄》以確定哪些藥房屬於我們的網絡。以下說明如何取得更新的《提供者名錄》：

- 造訪我們的網站：[Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)。
- 請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 以取得最新的藥房資訊，或要求我們寄給您一份《提供者名錄》。

年中我們可能會變更我們計劃中的藥房。如果我們藥房的年中變化對您造成影響，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 以尋求協助。

第 1.5 節 - 醫療服務福利和費用的變更

於 2026 年，在鄉村醫療診所、聯邦合格醫療診所及重症醫院獲得的服務，可能採用初級保健醫生或專科醫生共付額或共保額 (如適用)。

費用	2025 (今年)	2026 (明年)
	網絡內	網絡內
慢性下背部疼痛針灸	每次慢性下背部疼痛針灸就診共付額 \$45 ，每年最多就診 20 次。	每次慢性下背部疼痛針灸就診共付額 \$20 ，每年最多就診 20 次。
針灸 (例行)	每次針灸就診的共付額為 \$0 ，每年最多就診 25 次。	每次針灸就診的共付額為 \$20 ，每年最多就診 25 次。

費用	2025 (今年)	2026 (明年)
	網絡內	網絡內
救護車服務		
• 每次使用 Medicare 承保的緊急地面交通，您支付：	每個服務日共付額 \$315	每個服務日共付額 \$335
• 每次使用 Medicare 承保的緊急空中交通，您支付：	每個服務日共付額 \$315	每個服務日共付額 \$335
• 每次使用 Medicare 承保的非緊急地面交通，您支付：	每個服務日共付額 \$315	每個服務日共付額 \$335
• 每次使用 Medicare 承保的非緊急空中交通，您支付：	每個服務日共付額 \$315	每個服務日共付額 \$335
連續血糖監測器		
- 在耐用醫療設備提供者	費用總額的 5%	\$0 共付額
- 在網絡內零售藥房	費用總額的 5%	\$0 共付額
牙科服務		
• Medicare 承保的專科醫生診所牙科服務，您支付：	\$45 共付額	\$40 共付額
• 牙科補充福利：	DEN310 每 3 年最多 1 次口腔綜合評估或牙周檢查，共付額 \$0 。 每 5 年最多 1 次環口 X 光或診斷 X 光，共付額 \$0 。 每年最多 1 組咬翼片 X 光檢查、口內 X 光，共付額 \$0 。 每年最多 1 次急診診斷檢查，共付額 \$0 。 每年最多 2 次定期口腔檢查、預防 (洗牙)，共付額 \$0 。 每年最多 4 次牙周維護，共付額 \$0 。 每年在承保的服務範圍內進行必要的麻醉次數不限，共付額 \$0 。	DENA66 每 3 年每個四分區最多 1 次洗牙及牙根整平 (深層洗牙)，共付額 \$0 。 每 3 年最多 1 次口腔綜合評估或牙周檢查、咬合調整、中度發炎洗牙，共付額 \$0 。 每 5 年最多 1 次牙橋重新固定、牙冠重新固定、環口 X 光或診斷 X 光，共付額 \$0 。 每顆牙齒終身最多 1 次根管治療、根管再治療，共付額 \$0 。 每年最多 1 組咬翼片 X 光檢查、口內 X 光檢查，共付額 \$0 。 每年最多 1 次急診診斷檢查，共付額 \$0 。 每年最多 2 次牙痛急診治療、口腔手術、定期口腔檢查、口腔疾病預防 (洗牙)，共付額 \$0 。 每年最多 4 次牙周維護，共付額 \$0 。

費用	2025 (今年)	2026 (明年)
	網絡內	網絡內
		每年不限次數汞合金和/或複合材料補牙、普通或手術拔牙，共付額 \$0 。 在承保的服務範圍內視承保碼需要進行必要的麻醉，共付額 \$0 。 每 5 年最多 1 次牙橋-橋體，共保額 30% 。 其他修復服務的共保額為 30% - 每顆牙齒終身最多 1 次牙心修復及預成型牙釘和牙心。 每 5 年最多 2 次牙橋-牙冠，共保額 30% - 40% 。 每顆牙齒終身最多 1 次牙冠服務，共保額 30% - 40% 。 所有診斷/預防和綜合承保福利每年福利給付金額上限 \$1,000 。
糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與必需品供應 - 對於每個 Medicare 承保的糖尿病相關供應項目，您支付： - 由糖尿病供應商提供 - 對於每個 Medicare 承保的糖尿病鞋及鞋墊，您支付： - 在耐用醫療設備提供者 - 義肢提供者	費用總額的 5% \$0 共付額 \$0 共付額	費用總額的 20% \$10 共付額 \$10 共付額
耐用醫療設備 (DME) 及相關用品 對於每個 Medicare 承保的項目，您支付：	費用總額的 5%	費用總額的 20%
急診/突發護理 每次 Medicare 所承保的急診室就診，您支付：	如果在 24 小時內入院，則可免除 \$110 共付額。進入觀察時，會員支付觀察分攤費用，而非急診室分攤費用。	如果在 24 小時內入院，則可免除 \$115 共付額。進入觀察時，會員支付觀察分攤費用，而非急診室分攤費用。

費用	2025 (今年)	2026 (明年)
	網絡內	網絡內
聽力服務 - Medicare 承保的專科醫生診所聽力服務，您支付： - 聽力補充保險福利：	\$45 共付額 HER937 每年最多 1 次例行聽力檢查，共付額 \$0 。 每年不限次數的提供者追蹤就診，共付額 \$0 。 每年每耳最多 1 個高級助聽器，每個助聽器共付額 \$699 。 每年每耳最多 1 個優質助聽器，每個助聽器共付額 \$999 。 備註：每個助聽器包括 80 顆電池和 3 年保固。 購買 TruHearing 助聽器後第一年，不限次數的提供者追蹤就診。	\$40 共付額 HER967 每年最多 1 次例行聽力檢查，共付額 \$0 。 每年不限次數的提供者追蹤就診，共付額 \$0 。 每年每耳最多 1 個標準助聽器，每個助聽器共付額 \$299 。 每年每耳最多 1 個高級助聽器，每個助聽器共付額 \$599 。 每年每耳最多 1 個優質助聽器，每個助聽器共付額 \$899 。 備註：每個助聽器包括 80 顆電池和 3 年保固。 購買 TruHearing 助聽器後第一年，不限次數的提供者追蹤就診。
HMO 旅遊保險福利	若會員在前往其他州和波多黎各的旅行期間，從參與的 HMO 全國網絡內提供者獲得服務，即可享有網絡內福利。	會員在其他州旅行時，若從參與的 HMO 全國網絡內提供者接受服務，則可獲得網絡內福利。
密集門診服務 在醫院作為門診患者	\$55 共付額	\$35 共付額
鴉片類治療方案服務 - Medicare 承保的每次鴉片治療服務就診，您支付： - 在專科醫生診所 - 在醫院作為門診患者	\$40 共付額 \$85 共付額	\$35 共付額 \$35 共付額

費用	2025 (今年)	2026 (明年)
	網絡內	網絡內
門診診斷檢驗、治療服務及用品		
• 對於診斷程序和檢測，您支付：		
– 在專科醫生診所	\$45 共付額	\$40 共付額
– 在緊急護理中心	\$45 共付額	\$40 共付額
• 高級成像服務 (MRI、MRA、PET 或 CT 掃描)，您支付：		
– 在專科醫生診所	\$200 共付額	\$280 共付額
– 在醫院作為門診患者	\$325 共付額	\$335 共付額
• 基本放射服務，您支付：		
– 在緊急護理中心	\$45 共付額	\$40 共付額
• 診斷性乳房 X 光檢查，您支付：		
– 在專科醫生診所	\$45 共付額	\$0 共付額
– 在獨立放射設施	\$45 共付額	\$0 共付額
– 在醫院作為門診患者	\$90 共付額	\$0 共付額
• 核子醫學服務，您支付：		
– 在獨立放射設施	\$100 共付額	\$200 共付額
– 在醫院作為門診患者	\$720 共付額	\$780 共付額
• 對於醫療用品，您支付：	費用總額的 5%	費用總額的 20%
• 診斷性結腸鏡檢查，您支付：		
– 門診手術中心	\$445 共付額	\$0 共付額
– 在醫院作為門診患者	\$495 共付額	\$0 共付額
• 化驗室服務，您支付：		
– 在緊急護理中心	\$45 共付額	\$40 共付額
門診心理醫療保健		
• Medicare 承保的每次個人/團體治療就診，您支付：		
– 在專科醫生診所	\$40 共付額	\$35 共付額
– 虛擬就診	\$40 共付額	\$35 共付額
– 在醫院作為門診患者	\$85 共付額	\$35 共付額
門診藥物濫用治療服務		
• Medicare 承保的每次個人/團體治療就診，您支付：		
– 在專科醫生診所	\$40 共付額	\$35 共付額
– 虛擬就診	\$40 共付額	\$35 共付額
– 在醫院作為門診患者	\$85 共付額	\$35 共付額

費用	2025 (今年)	2026 (明年)
	網絡內	網絡內
門診手術 (包括醫院門診部及門診手術中心提供的服務) - Medicare 所承保的每次手術服務就診，您支付： - 在專科醫生診所 - 在門診手術設施 - 在醫院作為門診患者	\$45 共付額 \$940 共付額 \$1,400 共付額	\$40 共付額 \$500 共付額 \$850 共付額
Over-the-counter (OTC) Allowance	預付支出卡的每季津貼為 \$50 ，可用於從參與的零售地點或透過計劃的 OTC 郵購服務提供者購買非處方健康和保健產品。未使用的金額會在季度結束時到期。	預付支出卡的每月津貼為 \$25 ，可用於從參與的零售地點或透過計劃的 OTC 郵購服務提供者購買非處方健康和保健產品。未使用的金額會延續至下一個月，並且於計劃年度結束時到期。
部分住院 在醫院作為門診患者	\$55 共付額	\$35 共付額
足病診療服務 - Medicare 所承保的每次就診 (醫療上必要的足部護理)，您支付： - 在專科醫生診所	\$45 共付額	\$40 共付額
義肢裝置及相關用品 義肢提供者	費用總額的 5%	費用總額的 20%
醫生/執業者服務，包括醫生診所就診 - Medicare 承保的服務每次診所就診，您支付： - 在專科醫生診所 - 專科醫生診所的虛擬就診	\$45 共付額 \$45 共付額	\$40 共付額 \$40 共付額
專業護理機構 (SNF) 照護 入住 Medicare 所承保的專業護理機構期間，您支付：	第 1 - 20 日每天共付額 \$0 第 21 - 100 日每天共付額 \$214	第 1 - 20 日每天共付額 \$0 第 21 - 100 日每天共付額 \$218
一致的彈性非急診醫療交通運送	不在承保範圍內	對於患有慢性腎臟疾病 (CKD)、末期腎臟病 (ESRD) 或癌症診斷的會員，每年最多不限次單程交通服務享有計劃批准之地點 \$0 的共付額。本福利以每次交通服務不超過 50 英里為限。

費用	2025 (今年)	2026 (明年)
	網絡內	網絡內
急需服務 - Medicare 承保的急需服務，您支付： - 在專科醫生診所 - 在緊急護理中心 - 緊急護理虛擬診療	\$45 共付額 \$45 共付額 \$45 共付額	\$40 共付額 \$40 共付額 \$40 共付額
視力保健 - Medicare 承保的專科醫生診所視力服務，您支付： - 例行視力服務： - 醫療上必要的隱形眼鏡	\$45 共付額 VIS736 每年最多 1 次例行檢查，共付額 \$0 。 隱形眼鏡或普通眼鏡 (鏡片和鏡框)、驗配普通眼鏡鏡片和鏡框，每年福利給付金額上限為 \$50 。 或者 隱形眼鏡或普通眼鏡 (鏡片和鏡框)、驗配普通眼鏡 (鏡片和鏡框)，每年在 PLUS 提供者的福利給付金額上限為 \$100 。 鏡片選項可享有每年最多 1 副的福利給付金額。 最高福利給付金額的上限是每年使用一次。 \$0 共付額	\$40 共付額 VIS735 每年最多 1 次例行檢查，共付額 \$0 。 隱形眼鏡或普通眼鏡 (鏡片和鏡框)、驗配普通眼鏡鏡片和鏡框，每年福利給付金額上限為 \$150 。 或者 隱形眼鏡或普通眼鏡 (鏡片和鏡框)、驗配普通眼鏡 (鏡片和鏡框)，每年在 PLUS 提供者的福利給付金額上限為 \$250 。 鏡片選項可享有每年最多 1 副的福利給付金額。 最高福利給付金額的上限是每年使用一次。 包含在上方列出的 VIS735 津貼中。
承保範圍遍及全球 每次急診室就診，您支付：	如果在 24 小時內入院，則可免除 \$110 共付額	如果在 24 小時內入院，則可免除 \$115 共付額

第 1.6 節 - D 部分藥物承保的變更

我們《藥物指南》的變更

我們的《承保藥物清單》稱為處方列表或《藥物指南》。我們會以電子方式提供《藥物指南》的副本。「藥物清單」包括許多(但並非全部)我們明年將會承保的藥物。如果您沒有在名單中找到您的藥物，並不表示它就沒有獲得承保。您可以致電客戶服務 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 或造訪我們的網站 (Humana.com/PlanDocuments) 以獲得完整的《藥物指南》。

我們對《藥物指南》作出的變更包括移除或新增藥物、變更適用於我們特定藥物的承保限制，或將其移至不同的分攤費用等級。請檢閱《藥物指南》以確定您的藥物明年將獲得承保，並且瞭解是否有任何限制，或您的藥物是否已移至不同的分攤費用等級。

《藥物指南》的變更多半發生在每年年初。但是，我們可能會進行其他 Medicare 規定允許的變更，這些變更將在日曆年中對您造成影響。我們最少每月會更新一次線上《藥物指南》以提供最新的藥物清單。如果我們做出的變更會影響您使用的藥物，我們會寄送變更通知給您。

如果您在年初或年中因藥物承保範圍變更而受到影響，請查閱您的《承保證明》第 9 章，並與您的處方開立者討論以瞭解您的選擇，例如請求臨時供應、申請例外通融及/或尋找新藥物。如需更多資訊，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711)。

第 1.7 節 - 處方藥福利和費用的變更

您是否獲得「額外幫助」來為您支付藥物的承保費用？

如果您目前參與協助您支付藥物費用的方案(「額外幫助」)，關於 D 部分藥物費用的資訊可能不適用於您。我們會另外寄給您一份資料，稱為獲得額外幫助支付處方藥者的承保證明附加條款，其中說明您的藥物費用資訊。如果您獲得「額外幫助」，且您沒有在 9 月 30 日前收到這份資料，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 索取 LIS 附加條款。

藥物付款階段

有 3 個藥物付款階段：年度免賠額階段、初始承保階段，以及重大傷病保險階段。承保缺口階段和承保缺口優惠方案將不再存在於 D 部分福利中。

- **第 1 階段：每年免賠額**

您在每個日曆年的這個付款階段開始。在這個階段，您會全額支付您 D 部分藥物的費用，直到您達到年度免賠額為止。

- **第 2 階段：初始承保**

支付年度免賠額後，便會進入「初始承保階段」。在這個階段，我們的計劃針對您的藥物給付其分攤費用，而您也支付您的分攤費用。您通常會一直處於這個階段，直到年初至今的藥物總費用達到 \$2,100。

- **第 3 階段：重大傷病承保範圍**

這是第三個也是最後一個藥物付款階段。在這個階段，您無需為您的 D 部分承保藥物支付任何費用。您通常會在該日曆年結束以前停留在這個階段。

承保缺口優惠方案已由製造商優惠方案取代。在製造商優惠方案下，製藥商在初始承保階段和重大傷病保險階段，支付部分計劃的承保 D 部分品牌藥物和生物製品的全額費用。製造商根據製造商優惠方案支付的折扣不會計入自付費用。

此表顯示您在這個階段的每筆處方費用。

第 1 階段的藥物費用：每年免賠額

階段	2025 (今年)	2026 (明年)
每年免賠額	免賠額為 \$590 ，承保的胰島素產品和大部分的成人 D 部分疫苗除外。 在這個階段，您會為第 1 等級藥物支付 \$2 分攤費用，為第 2 等級藥物支付 \$12 分攤費用，為第 3 等級、第 4 等級和第 5 等級藥物支付全額費用，直到您達到年度免賠額為止。	免賠額為 \$615 ，承保的胰島素產品和大部分的成人 D 部分疫苗除外。 在這個階段，您會為第 1 等級藥物支付 \$0 分攤費用，為第 2 等級藥物支付 \$5 分攤費用，為第 3 等級、第 4 等級和第 5 等級藥物支付全額費用，直到您達到年度免賠額為止。

第 2 階段的藥物費用：初始承保

我們已改變《藥物指南》內某些藥物的等級。請查閱《藥物指南》以瞭解您的藥物是否屬於不同的等級。並非所有等級都包含胰島素。請參閱您的處方藥指南以確認胰島素承保。

此表顯示您在提供標準分攤費用的網絡內藥房購買一個月藥量的每筆處方費用。

大部分成人 D 部分疫苗無需支付任何費用即予承保。如需更多關於疫苗費用的資訊，或瞭解關於長期供應或郵購處方的費用資訊，請參閱《承保證明》第 6 章。

一旦您為 D 部分承保藥物支付的自付費用達 **\$2,100**，您將進入下一個階段 (重大傷病保險階段)。

	2025 (今年)	2026 (明年)
第 1 級：首選非品牌：	您支付 \$2 。 您一個月的郵購處方費用為 \$10 。	您在零售藥房為每月供應量支付 \$0 。 您在此等級的零售藥房為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 0% 。您一個月的郵購處方費用為 \$10 。您在此等級的郵購處方為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25% ，最多可達 \$10 。

2025 (今年)		2026 (明年)
第 2 級：非品牌：	您支付 \$12 。 您一個月的郵購處方費用為 \$20 。	您在零售藥房為每月供應量支付 \$5 。 您在此等級的零售藥房為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25% ，上限為 \$5 。 您一個月的郵購處方費用為 \$20 。您在此等級的郵購處方為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25% ，最多可達 \$20 。
第 3 級：首選品牌：	您支付 \$47 。 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 \$35 。 您一個月的郵購處方費用為 \$47 。	您在零售藥房為每月供應量支付 \$47 。 您在此等級的零售藥房為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25% ，最多可達 \$35 。 您一個月的郵購處方費用為 \$47 。您在此等級的郵購處方為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25% ，最多可達 \$35 。
第 4 級：非首選藥物：	您支付總費用的 26% 。 您一個月的郵購處方費用為 26% 。	您在零售藥房為每月供應量支付總費用的 26% 。 您在此等級的零售藥房為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25% ，最多可達 \$35 。您一個月的郵購處方費用為 26% 。您在此等級的郵購處方為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25% ，最多可達 \$35 。
第 5 級：特殊等級：	您支付總費用的 25% 。 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 \$35 。 您一個月的郵購處方費用為 25% 。	您在零售藥房為每月供應量支付總費用的 25% 。 您在此等級的零售藥房為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25% ，最多可達 \$35 。 您一個月的郵購處方費用為 25% 。您在此等級的郵購處方為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25% ，最多可達 \$35 。

重大傷病保險階段的變更

如果您達到重大傷病保險階段，您無需為我們增強福利承保的 D 部分藥物和排除藥物支付任何費用。

請參閱《承保證明》的第 6 章第 6 節，了解關於您在重大傷病保險階段的費用資訊。

第 2 節 行政變更

說明	2025 (今年)	2026 (明年)
Medicare 處方付款計劃	Medicare 處方付款計劃是從今年開始的一種付款選項，可透過將藥物費用分攤至全日曆年(1月至12月)，協助您管理承保藥物的自付費用。您可能已參與此付款選項。	如果您已參加 Medicare 處方付款計劃並繼續投保相同的 D 部分計劃，您的參與將於 2026 年自動續約。 若要詳細瞭解此付款選項，請致電 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 或造訪 http://www.Medicare.gov 。

第 3 節 如何變更計劃

您不需要採取任何行動便可繼續投保 **Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)**。除非您在 12 月 7 日以前登記投保其他計劃或更換為原有的 Medicare，否則您將自動投保我們的 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。

如果您想變更 2026 的計畫，請遵循下列步驟：

- **若要變更為不同的 Medicare 健康計劃**，請投保新的計劃。您將會自動從 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 計劃退保。
- **若要變更至包含 Medicare 藥物承保的原有的 Medicare**，請投保新的 Medicare 藥物計劃。您將會自動從 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 計劃退保。
- **若要變更至不包含藥物計劃的原有的 Medicare**，您可以寄送書面退保要求給我們，或造訪我們的網站進行線上退保：www.humana.com/member/member-rights/disenrollment-and-cancellation。請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711)，進一步瞭解如何採取行動。或請致電 **Medicare** 要求退保，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。如果您沒有投保 Medicare 藥物計劃，您可能須支付 D 部分推遲入保罰金 (請參閱第 4 節)。
- **如要詳細瞭解原有的 Medicare 和不同類型的 Medicare 計劃**，請造訪 www.Medicare.gov、查看《Medicare 與您 2026》手冊、致電您的州健康保險協助方案 (請參閱第 5 節)，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

第 3.1 節 - 變更計劃截止日期

投保 Medicare 的人士每年可自 **10 月 15 日起至 12 月 7 日止**變更其承保。

如果您已投保 2026 年 1 月 1 日開始的 Medicare 優勢計劃，且不滿意您的計劃選擇，您可以在 2026 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間變更至另一項 Medicare 健康計劃 (包含或不包含 Medicare 藥物承保)，或變更至原有的 Medicare (包含或不包含獨立的 Medicare 藥物承保)。

第 3.2 節 - 一年當中還有其他時間可以更換計劃嗎？

在某些情況下，有些人士可能有其他機會在年中變更承保範圍。這些人士舉例如下：

- 擁有州醫療補助者
- 獲得「額外幫助」支付其藥費者
- 擁有或正要離開雇主保險者
- 搬離我們計劃的服務區域者

如果您最近剛搬入、目前住在機構 (例如專業護理機構或長期照護醫院)，您可以**隨時**變更您的 Medicare 承保。您可以隨時變更為任何其他 Medicare 健康計劃 (包含或不包含 Medicare 藥物承保)，或更換至原有的 Medicare (包含或不包含獨立的 Medicare 藥物承保)。如果您最近搬出機構，您有機會在搬出後的 2 個月內更換計劃或更換為原有的 Medicare。

第 4 節 獲得幫助支付處方藥

您可能符合獲得協助支付處方藥的條件。有各種協助方式可供使用：

- **Medicare 的「額外幫助」。**收入有限的人士可能符合申請處方藥費用「額外幫助」的資格。如果符合資格，Medicare 可能支付 75% 以上的藥物費用，包括藥物計劃每月保費、年度免賠額以及共保額。此外，符合資格的人士將不會有推遲入保罰金。欲瞭解您是否符合條件，請致電：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。
 - 請於週一至週五上午 8 時至晚上 7 時致電 1-800-772-1213 聯絡社會安全局代表。自動化留言 24 小時全年無休。聽障專線使用者請致電 1-800-325-0778。
 - 您所在州的州醫療補助辦事處。
- **您的州藥物協助方案 (SPAP) 所提供之協助。**許多州都設有州藥物協助方案 (SPAP)，根據財務需要、年齡或醫療病症，幫助某些人支付處方藥費用。若要進一步瞭解此方案，請諮詢您的州健康保險協助方案 (SHIP)。若要查詢您所在州的電話號碼，請造訪 shiphelp.org，或致電 1-800-MEDICARE。
- **HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用協助。**愛滋病藥物協助方案 (ADAP) 協助確保符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者能夠獲得拯救生命的 HIV 藥物。如要符合您所在州運作的 ADAP 條件，您必須符合特定標準，包括您居住州的證明和 HIV 狀況、由該州界定為低收入以及無保險/保險不足的情況。亦由 ADAP 承保的 Medicare D 部分藥物符合資格，可透過 ADAP 方案取得處方分攤費用協助。如需瞭解符合資格條件、承保的藥物、如何投保本方案或如果您目前已投保應如何繼續獲得協助，請致電 ADAP 方案 (此組織的名稱和電話號碼列於本文件後頁的「附錄 A」)。致電時，請務必告知他們您的 Medicare D 部分計劃名稱或保單編號。
- **Medicare 處方付款計劃。**Medicare 處方付款計劃是可與您目前的藥物承保搭配使用的一種付款選項，可透過將藥物費用分攤至全日曆年 (1 月至 12 月)，協助您管理承保藥物的自付費用。擁有 Medicare 藥物計劃或擁有包含藥物承保的 Medicare 健康計劃 (例如包含藥物承保的 Medicare 優勢計劃) 的任何人，都可以使用此付款選項。**此付款選項可以幫助您管理花費，但不會為您省下金錢或降低藥物費用。**

- 對於符合資格的人士而言，Medicare 的「額外幫助」及 SPAP 和 ADAP 的協助，比參與 Medicare 處方藥付款計劃更有利。所有會員均符合參與 Medicare 處方藥付款計劃的資格，無論其收入水準為何。若要詳細瞭解此付款選項，請致電 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 或造訪 www.Medicare.gov。

第 5 節 問題？

獲得 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的幫助

請致電客戶服務部 800-457-4708。(聽障專線使用者請致電 711)。

從 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，我們每週 7 天，上午 8 時至晚上 8 時接聽來電；從 4 月 1 日至 9 月 30 日，接聽來電時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。在下班後、週六、週日和假日，您可以隨時在我們的語音信箱留言，我們會在一個營業日內回覆您的來電。此為免費服務電話。

請閱讀您的 2026 年《承保證明》

本《年度變更通知》為您提供 2026 年福利與費用變更摘要。詳細內容請參見 2026 年 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)《承保證明》。《承保證明》是針對我們的計劃福利的合法詳細說明，其中解釋您的權利和您獲得承保服務和處方藥所需要遵守的規定。請造訪我們的網站 Humana.com/PlanDocuments 取得《承保證明》，或請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 要求我們寄送一份副本給您。

請造訪 Humana.com/PlanDocuments。

我們的網站針對我們的提供者網絡(《提供者名錄》)和《承保藥物清單》(處方列表/《藥物指南》)提供最新資訊。

獲得關於 Medicare 的免費諮詢

州健康保險協助方案 (SHIP) 是一項獨立政府方案，在各州有受過培訓的顧問。

請致電您的州 SHIP，獲得免費的個人化健康保險輔導。他們可以協助您瞭解您的 Medicare 和州醫療補助計劃選擇，並且回答關於更換計劃的問題。您可在此文件末尾的「附錄 A」中找到您所在州 SHIP 的聯絡資訊。

獲得 Medicare 的幫助

- 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您每週 7 天、每天 24 小時皆可隨時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

- **與 www.Medicare.gov 進行即時交談**

您可以在 www.Medicare.gov/talk-to-someone 進行即時交談。

- **請寫信至 Medicare**

您可以寫信至 Medicare：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **請造訪 www.Medicare.gov**

官方 Medicare 網站含有費用、承保範圍和品質星級評等之類有助於您比較您所在地區 Medicare 健康計劃的相關資訊。

- **請參閱《Medicare 與您 2026》**

每年秋季，我們會將《Medicare 與您 2026》手冊寄給擁有 Medicare 的會員。其中含有 Medicare 福利摘要、權利和保護，以及關於 Medicare 的大多數常見問答的解答。如需索取一份副本，您可以造訪 www.Medicare.gov 或每週七天、每天 24 小時隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

附錄 A - 州級機構聯絡資訊

本節提供本《年度變更通知》中提及之各州機構的聯絡資訊。如果您找不到所需的資訊，請致電本手冊封底所印的電話號碼與客戶服務部聯絡。

紐約	
SHIP 名稱和聯絡資訊	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP) 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 800-701-0501 (免付費電話) https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance
品質改進組織	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 866-815-5440 (聽障專線) 711 855-236-2423 (傳真) https://livantaqio.com/
州醫療補助辦事處	New York State Department of Health (SDOH) (州醫療補助) 州醫療補助管理辦公室 800 North Pearl Street Albany, NY 12204 800-541-2831 (免付費電話) 518-473-3782 (當地電話) https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/
州立藥物協助方案	New York State Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 800-332-3742 (免付費電話) 聽障專線：800-290-9138 (免付費電話) https://www.health.ny.gov/health_care/epic/
愛滋病藥物協助方案	New York AIDS Drug Assistance Program HIV Uninsured Care Programs, Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220 800-542-2437 http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap

保險 ACE 隱私慣例通知

本公告說明如何使用和公開您的醫療資訊，以及您如何能獲得這些資訊。請仔細閱讀。

您的個人及健康資訊的隱私至關重要。除非您提出要求或投訴，否則您不需要做任何事。

本隱私慣例通知適用於所有隸屬於保險 ACE 的實體，所謂保險 ACE 是指 HIPAA 規範下的關聯涵蓋實體 (Affiliated Covered Entity)。ACE 是一組法律上彼此獨立而相互關聯的涵蓋實體，且基於遵守 HIPAA 之目的而自行指定為單一涵蓋實體。如需完整的 ACE 成員名單，請造訪 <https://huma.na/insuranceace>。

我們可能在不牴觸法律的情況下，隨時更改我們的隱私條例和本公告條款，包括我們在作出變更之前所建立或接收的資訊。當我們對隱私條例作出重大變更時，將更改本公告，並發送給健保計劃的會員。

什麼是非公開個人或健康資訊？

非公開個人或健康資訊包括醫療資訊和個人資訊，例如您的姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼、帳戶號碼、付款資訊或人口統計資訊。本公告中的「資訊」一詞包含任何非公開個人和健康資訊。這包括由醫療保健服務提供者或健保計劃所建立或取得的資訊。與您生理或心理健康或狀況有關的資訊、提供給您的醫療保健服務或該醫療保健的付款等資訊。

我們如何收集您的資訊？

我們會在您填寫申請表和表格時，收集您與家人的相關資訊。我們也會從您與我們、我們的關係機構或其他實體的往來活動中收集資訊。例如，我們接收的資訊可能來自各種醫療保健體系參與者，例如您的醫生或醫院、雇主或計劃管理員、徵信機構以及醫療資訊局。

我們會接收哪些關於您的資訊？

我們收到的資訊可能包括您的姓名、地址、電話號碼、出生日期、社會安全號碼、保費付款紀錄，以及您在我們網站上的活動。其中也包括您的醫療福利計劃、您的健康福利以及健康風險評估的相關資訊。

我們如何保護您的資訊？

我們有責任保護您資訊的隱私，無論是以電子或口頭資訊等任何形式。我們在行政、技術及實體方面均已制定預防措施，以各種方式保護您的資訊，包括：

- 對可獲得您資訊的人設限
- 對使用或公開您資訊的方式設限
- 告知涉及您資訊的我方法律職責
- 就我們的隱私權方案和流程對員工進行培訓

我們如何使用和公開您的資訊？

在以下情況下我們使用和公開您的資訊：

- 向您或擁有合法權利以您的名義行事的人，使用 and 公開您的資訊
- 對衛生和公眾服務部部長公開您的資訊

我們有權在下列情況使用 and 公開您的資訊：

- 對醫生、醫院或其他醫療保健服務提供者提供 and 公開您的資訊，以便您能夠接受醫療照護。
- 用於付款交易，包括支付由醫療保健服務提供者提供給您的承保服務索賠款項和健保計劃的保費。
- 用於醫療保健營運活動，包括處理您的登記投保、回應您的查詢、協調您的照護、提高品質以及決定保費。
- 用於進行承保活動。不過，我們不會使用基因測試的任何結果，或詢問關於家族病史的問題。
- 給您的計劃贊助商，允許他們履行計劃管理職能，例如資格認定、登記投保和退保。在特定情況下，我們會與您的計劃贊助商分享您的健康資訊概要。例如，讓您的計劃贊助商取得其他健保計劃的投標。您的詳細健康資訊不會提供給計劃保險商。我們會要求您的許可，或您的計劃贊助商必須證明其同意維護您資訊的隱私。
- 我們會就您可能感興趣的健康相關福利及服務、預約提醒或治療替代方法與您聯絡。如果您已選擇退出，我們將不會聯絡您。

- 如果我們無法與您溝通，例如在急診時，我們會與您的家人和朋友聯絡。
- 提供給您的親友或其他任何您認識的人。如果該資訊直接涉及您的醫療保健或該照護付款相關者，則適用此規定。例如，如果一個家庭成員或看護者來電諮詢索賠問題，我們會確認索賠是否已經收到以及給付。
- 提供付款資訊給會員做為提交給 Internal Revenue Service 的證據。
- 如果我們認為會員的健康或安全存在嚴重威脅，我們將與公共衛生機構聯絡。
- 對於虐待、忽視或家庭暴力等問題，我們會與相關部門聯絡。
- 為了回應法院或行政命令、傳票、檢查要求或其他合法程序。
- 為了遵循法律執行、軍事規定和其他法律規定。
- 為了協助災難救助工作。
- 為了合規方案和健康監督活動。
- 為了履行我們根據工傷賠償法律或合約條款的義務。
- 為了避免對您和他人的健康或安全造成嚴重威脅。
- 在有限情況下作為研究用途，前提是他們已採取適當措施來保護您的隱私。
- 涉及器官、眼睛或組織的取得、儲存或移植事宜。
- 涉及驗屍官、法醫或葬禮主管。

特定類型資訊的其他使用和公開限制：

- 有些聯邦和州法律可能會限制使用和公開特定敏感健康資訊，例如：物質使用疾病；生物特徵資訊；兒童或成人虐待或忽視，包括性侵害；傳染性疾病；基因資訊；HIV/AIDS；心理健康；生殖健康；以及性傳播疾病。
- 生殖健康資訊：對於尋求、獲得、提供或促進合法生殖醫療保健的行為，我們不會使用或公開資訊來進行識別任何人(或試圖對其施加責任)的調查。為了回應政府機構(或其他人士)可能提供與生殖醫療保健相關的資訊要求，提出要求的人士必須提供經簽署的證明，說明該要求的目的並未違反禁止公開生殖醫療保健資訊的規定。

我們是否會將您的資訊用於本公告描述用途以外的目的？

未經您的書面許可，我們不會基於本聲明所述原因以外的目的使用或揭露您的資訊。您可以隨時以書面形式通知我們取消您的許可。

以下用途和揭露需要您的書面許可：

- 大多數心理治療筆記的使用和公開
- 行銷目的
- 出售個人和健康資訊

當您不再是我們的會員，我們如何處理您的資訊？

您的資訊可能會繼續用於本公告所述之用途。這包括當您未透過我們取得承保時。超過法律規定的保留期之後，我們將會遵循嚴格的保密程序銷毀您的資訊。

我對我的資訊擁有哪些權利？

我們致力於對您的權利請求作出及時的回覆。

- 存取 - 您有權檢視並獲得可能被用來做出與您相關決定之您的資訊副本。您也會收到此項健康資訊的摘要。依據適用法律要求，我們會將此個人資訊提供給您或您的指定代表。
- 不利承保決定 - 如果我們拒絕您的保險申請，您有權得知拒絕理由。
- 替代通訊 - 為了避免危及生命的情況，您有權以不同的形式或在其他地點接收資訊。如果您的要求合情合理，我們就會滿足您的要求。
- 修訂 - 您有權透過修訂或刪除要求更正此個人資訊中的任何資訊。在收到您的書面要求後 60 個營業日內，我們會通知您有爭議的資訊之修改或刪除，或是我們在進一步調查後拒絕進行該類修正。
- 如果我們拒絕修改或刪除爭議中的資訊，您有權向我們提交書面聲明，說明您不同意我們對爭議資訊的評估，以及您所認為的正確資訊。我們應讓任何及所有審查爭議資訊的對象都能存取此類聲明。*

- 揭露 - 您有權收到我們或我們業務夥伴公開您資訊的場合和具體實例清單。這不適用於治療、付款、健保計劃營運及特定其他活動。我們將保存資訊並為您提供資訊六年。如果您在 12 個月以內不只一次要求這份清單，我們可能會按成本向您收取合理的費用。
- 公告 - 您有權在任何時間要求並獲得本公告的書面副本。
- 限制 - 您有權要求限制資訊的使用或揭露方式。我們沒有義務同意限制，但如果我們同意限制，我們將遵守我們的協議。您也有權同意接受或終止先前提交的限制。

如果我認為我的隱私受到侵犯，我該怎麼辦？

如果您認為您的隱私受到侵犯，可以隨時致電 866-861-2762 向我們提出投訴。

您也可以向美國衛生和公眾服務部民權辦公室 (OCR) 提交書面投訴。我們會根據要求為您提供合適的民權辦公室地址。您也可以將投訴以電子郵件方式傳送至 **OCRComplaint@hhs.gov**。如果您選擇提出投訴，您的福利不會受到影響，我們也不會以任何方式對您施以懲罰或報復。

我們支持您保護您個人健康資訊隱私的權利。

我們的責任

- 法律要求我們維護您受保護健康資訊的隱私與安全。
- 如果發生可能危及您資訊隱私或安全的漏洞，我們會立即通知您。
- 我們必須遵循本公告中所述的職責與隱私權實務，並提供您一份副本。
- 除非您以書面形式通知我們，否則我們不會使用或分享您的資訊；此處所述除外。向我們表示同意後，您仍可隨時改變心意。若您改變心意，請以書面告知我們。

我們有權變更此通知的條款，且此等變更適用於我們所持有關於您的一切資訊。新版通知將應要求於我們的辦事處及我們的網站提供。

我如何行使自己的權利，或取得本公告的副本？

您可以透過取得適用的申請表行使您所有的隱私權。您可以透過以下方式取得表格：

- 請致電 866-861-2762 聯絡我們
- 造訪我們的網站 **Humana.com**，前往「Privacy Practices」(隱私條例) 連結
- 將填妥的申請表寄到：

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

* 此權利根據麻薩諸塞州相關規定僅適用於麻州居民。

無歧視公告

Humana Inc. 及其附屬機構遵守適用的聯邦民權法，不因個人種族、膚色、宗教、性別、性別認同、生理性別、性傾向、年齡、殘障、國籍、軍籍、退伍身分、遺傳資訊、血統、族裔、婚姻狀態、語言、健康狀態或對健康服務的需求而歧視或排除任何人。

Humana Inc.：

- 為殘障人士提供合理的修改及免費的適當輔助工具和服務，以有效與我們溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式的書面資訊 (大字本、音訊、無障礙電子格式、其他格式)。
- 為主要語言不是英語的人士提供免費語言協助服務，其中可能包括：
 - 合格的口譯員
 - 其他語言的書面資訊。

如需合理的修改、適當的輔助工具或語言協助服務，請聯絡 **877-320-1235 (聽障專線：711)**。辦公時間：東部時間上午 8 時至晚間 8 時。如果您認為 Humana Inc. 並未提供這些服務，或基於種族、膚色、宗教、社會性別、性別認同、性別、性傾向、年齡、殘障、國籍、兵役狀況、退役狀況、遺傳資訊、血統、族裔、婚姻狀態、語言、健康狀態，或需要醫療服務而有歧視行為，您可以親自提出申訴，或透過郵寄或傳送電子郵件至 Humana Inc. 無差別待遇協調員。P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (聽障專線：711)**，或 **accessibility@humana.com**。如果您在提出申訴時需要幫助，Humana Inc. 無差別待遇協調員可以幫助您。

您也可以透過「民權辦公室投訴入口網站」：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 以電子方式向美國衛生和公眾服務部民權辦公室提出投訴，或者寄送郵件或撥電話至：

- 美國衛生和公眾服務部：200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201。**800-368-1019、800-537-7697 (聽障專線)**。

加州會員：

您也可以向加州醫療保健服務部民權辦公室提出民權投訴，方法為撥電話至：**916-440-7370 (聽障專線：711)**，傳送電子郵件至 **Civilrights@dhcs.ca.gov**，或郵寄至：Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413。您可在 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 取得投訴表格。

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

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

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

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

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

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

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

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

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

Français [French]: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

GHHNOA2025HUM_0425

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

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

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

ພາສາລາວ [Lao]: ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ຊ່ວຍກ່ອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ພຣິ.
ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahji' bee adahodooníílgíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohji' hodíilnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

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

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

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

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

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

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **877-320-1235 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

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

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

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

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

Bàsà [Bassa]: Wuḍu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, Hwòdǒ-fàṅá-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bě bé nyuεε se wídí pèè-pèè dò ko. **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

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

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn isẹ àtìlẹhìn ìrànlowọ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọwọ́tọ. Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

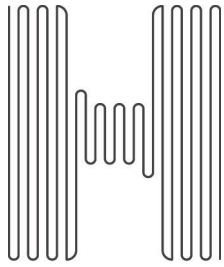
नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी निःशुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था) सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

[illegible]

[illegible]

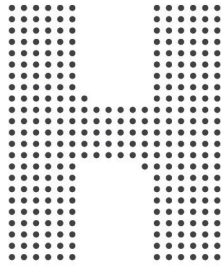
This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



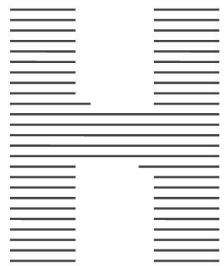
從 2025 年 10 月 15 日起,您可以在

www.Humana.com/PlanDocuments 檢視並搜尋這些 2026 年計劃文件。您可以在此看到計劃的最新資訊。透過這種簡單的搜尋方式,您可以快速找到所需資訊。

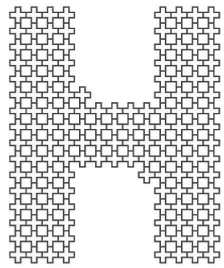
- 請參閱您的《承保證明》以瞭解您計劃的具體細節、福利和費用。
- 檢視《提供者名錄》,查看您計劃網絡中的提供者和專科醫生清單。
- 檢視藥物清單,以了解您計劃中的承保藥物清單。



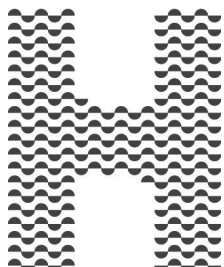
若要透過郵件取得這些文件的紙本,請利用上述網站於線上提交您的要求,或撥打 **800-457-4708 (聽障專線:711)**,每週七天、每天 24 小時提供服務。來電時請備妥您的 Humana 會員卡。當對方詢問致電原因時,請說出「Evidence of Coverage」(《承保證明》)、「Drug List」(藥物清單)和/或「Provider Directory」(《提供者名錄》)。可能需要兩週的時間,才能以郵件方式收到文件。



我們隨時準備為您服務。如果您需要幫助使用這些線上工具,請撥打 Humana 會員卡背面的電話號碼以取得協助。



身為 Humana 會員,我們可能會致電給您,以提供其他保險相關產品。您可以撥打 ID 卡背面的客戶服務部電話,選擇退出未來的來電。



Humana Inc.

P.O. Box 14168

Lexington, KY 40512-4168



H3533033000ANOCCH26

您的 Medicare 優勢計劃
和處方藥計劃變更相關重要資訊



請參閱內文

這是將於 2026 年 1 月 1 日生效之 **Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)** 的摘要。

Humana®

www.Humana.com
800-457-4708 (聽障專線: 711)