2027

年度變更通知

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)

紐約市
布魯克林與皇后區

Humana®

讓我們來回顧您的 2027年計劃變更

感謝您信任 Humana，選擇 2026 年的 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。內附年度變更通知，說明重要的計劃變更事項。

我們致力於讓您更輕鬆地瞭解您的福利。儘管部分福利有所變更，我們已聆聽會員意見，並專注於保護最重要的內容。我們致力於提供穩定的保障、個人化的照護，並贏得會員、醫療服務提供者及我們所服務的社區的信任。

您可以依賴的基本福利



牙科、視力和聽力



$0 初級保健共付額*



$0 預防性護理篩查*

深入瞭解您的 2027 年計劃變更

以個人化、互動式方式瞭解您的 2027 年計劃有哪些變更。我們提供您所需的所有詳細資訊，讓您能夠安心續保。

無需採取任何行動即可保留您的計劃。

即將到來的日期，供您探索各項選擇：

- **▶ 今天**
  全新！在 **Humana.com/Renewal** 比較您的 2026 年與 2027 年計劃詳情
- **10月15日**
  Medicare 開放投保開始
- **12月7日**
  開放投保最後一天
- **1 月 1 日**
  計劃變更生效

以下是您接下來可以採取的行動

如欲檢視完整的個人化資訊，請**掃描 QR 碼**以登入或註冊 MyHumana，或造訪

Humana.com/Renewal

如果您希望保留目前的計劃，則無需採取任何行動。您的計劃將於2027年1月1日續保。

*適用於網絡內提供者所提供的承保服務。

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 由 Humana Health Company of New York, Inc. 提供。

2027 年度變更通知

您已註冊成為 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的會員。

本材料描述了明年我們計劃的費用和福利的變更。

- **您可在10月15日至12月7日期間變更您明年的 Medicare 承保範圍。**如果您在2026年12月7日之前未加入其他計劃，您將繼續留在 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。
- 若要改為不同的計劃，請造訪 Medicare.gov 或查閱您的《*Medicare* 與您 *2027*》手冊後方的清單。
- 請注意，此僅為變更摘要。有關費用、福利及規定的更多資訊，請參閱《承保證明》。請至 **Humana.com/PlanInformation** 取得副本，或致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711），以郵寄方式索取副本。

更多資源

- 本資料可免費提供中文及西班牙文版本。
- 如需更多資訊，請致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）。服務時間為每週七天上午8時至下午8時（10月1日至3月31日），以及週一至週五上午8時至下午8時（4月1日至9月30日）。您可以在非辦公時間、週六、週日及假日留下語音訊息，我們將在一個工作日內回覆您的來電。此為免費電話。
- 本資訊提供多種格式，包括盲文、大字體及有聲版本。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。

關於 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)

- Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 是一個與 Medicare 簽訂合約的 Medicare Advantage HMO 機構。投保任何 Humana 計劃的資格視續約情況而定。
- 本資料中的「我們」或「我們的」指的是 Humana Health Company of New York, Inc.。「計劃」或「我們的計劃」指的是 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。
- **若您在2026年12月7日前未採取任何行動，您將自動加入 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。**從2027年1月1日起，您將透過Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)獲得您的醫療和藥物承保。請前往第 2 節，以獲取有關如何變更計劃及變更截止日期的更多資訊。

H3533_ANOC_MAPD_HMO_033000_2027_CH_M

OMB Approval 0938-1051 (到期日：2029年7月31日)

目錄

2027 年重要費用摘要 5

第 1 節 明年的福利與費用變化 9

第 1.1 節 月繳計劃保費的變化 9

第 1.2 節 您的最高自付費用金額的變化 9

第 1.3 節 醫療服務提供者網絡的變化 10

第 1.4 節 藥房網絡的變化 10

第 1.5 節 醫療服務福利和費用的變化 10

第 1.6 節 D 部分藥物承保的變化 17

第 1.7 節 處方藥福利和費用的變化 18

第 2 節 如何變更計劃 22

第 2.1 節 變更計劃的截止日期 22

第 2.2 節 一年中是否還有其他時間可以進行變更？ 23

第 3 節 取得處方藥費用補助 23

第 4 節 有疑問嗎？ 24

從 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 獲得協助 24

獲取有關 Medicare 的免費諮詢 24

從 Medicare 獲取幫助 24

附錄 A - 州級機構聯絡資訊 26

列出您所在州各類實用資源的名稱、地址、電話號碼及其他聯絡資訊。

2027 年重要費用摘要

費用	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
	網絡內	**網絡內**
月繳計劃保費* * 您的保費可能高於此金額。詳情請參閱第 1.1 節。	**$0**	**$0**
最高自付費用金額 這是您為承保的 A 部分及 B 部分服務所需支付的自付費用上限。（詳情請參閱第 1.2 節。）	**$8,550**	**$9,050**
初級保健提供者診所就診	每次就診共付額 **$0**	每次就診共付額 **$0**
專科醫生診所就診	每次就診共付額 **$40**	每次就診共付額 **$50**
住院治療 包括各種住院情況，例如急症照護、復健及長期照護。住院從您憑醫生指示正式入院當天開始，至出院前一天結束。	**$310** 共付額 第 1 – 6 天每天 **$0** 共付額 第 7 – 90 天每天	**$400** 共付額 第 1 – 6 天每天 **$0** 共付額 第 7 – 90 天每天
D 部分藥物承保 （詳情請參閱第 1.7 節，包括年度免賠額、初始承保及重大傷病保險階段。） 並非所有層級均涵蓋胰島素。請參閱您的《藥物指南》以確認胰島素承保範圍。	D 部分藥物承保免賠額 **$0**，適用於第 1 級及第 2 級 第 3 級、第 4 級和第 5 級 **$615**； 承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗除外	**D 部分藥物承保免賠額** **$0**，適用於第 1 級及第 2 級 第 3 級、第 4 級和第 5 級 **$550**； 承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗除外
	初始承保階段期間的共付額/共保額：	**初始承保階段期間的共付額/共保額：**

費用	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
	網絡內	網絡內
	從**零售藥房**購買 30 天用量： • 第 1 級藥物： **$0** 您為此層級每種承保胰島素產品的每月供應量支付不超過 **$0**。 • 第 2 級藥物： **$5** 您為此層級每種承保胰島素產品的每月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$5**。 • 第 3 級藥物：**$47** 您為此層級每種承保胰島素產品的每月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$35**。 • 第 4 級藥物：**26%** 您為此層級每種承保胰島素產品的每月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$35**。 • 第 5 級藥物： **25%** 您為此層級每種承保胰島素產品的每月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$35**。	從**零售藥房**購買 30 天用量： **• 第 1 級藥物： $0** 您為此層級每種承保胰島素產品的每月供應量支付不超過 **$0**。 **• 第 2 級藥物： $0** 您為此層級每種承保胰島素產品的每月供應量支付不超過 **$0**。 **• 第 3 級藥物： 17%** 您為此層級每種承保胰島素產品的每月供應量支付不超過 **17%**，且最高不超過 **$35**。 **• 第 4 級藥物： 33%** 您為此層級每種承保胰島素產品的每月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$35**。 **• 第 5 級藥物： 27%** 您為此層級每種承保胰島素產品的每月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$35**。

費用	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
	網絡內	網絡內
	從提供首選分攤費用的**郵購藥房**購買 100 天用量： • 第 1 級藥物： **$0** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **$0**。 • 第 2 級藥物： **$0** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **$0**。 • 第 3 級藥物：**$131** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$95**。 • 第 4 級藥物：**26%** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$105**。 • 第 5 級藥物：不適用	從提供首選分攤費用的**郵購藥房**購買 100 天用量： **• 第 1 級藥物： $0** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **$0**。 **• 第 2 級藥物： $0** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **$0**。 **• 第 3 級藥物： 14%** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **14%**，且最高不超過 **$105**。 **• 第 4 級藥物： 33%** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$105**。 **• 第 5 級藥物：**不適用

費用	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
	網絡內	網絡內
	從提供標準分攤費用的**郵購藥房**購買 100 天用量： • 第 1 級藥物： **$30** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$30**。 • 第 2 級藥物： **$60** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$60**。 • 第 3 級藥物：**$141** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$105**。 • 第 4 級藥物：**26%** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$105**。 • 第 5 級藥物：不適用	從提供標準分攤費用的**郵購藥房**購買 100 天用量： **• 第 1 級藥物： $30** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$30**。 **• 第 2 級藥物： $60** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **16%**，且最高不超過 **$60**。 **• 第 3 級藥物： 17%** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **17%**，且最高不超過 **$105**。 **• 第 4 級藥物： 33%** 您為此層級每種承保胰島素產品的 3 個月供應量支付不超過 **25%**，且最高不超過 **$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。

第 1 節 明年的福利與費用變化

第 1.1 節 月繳計劃保費的變化

費用	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
月繳計劃保費 （您必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費。）	**$0**	**$0**
選擇性補充保險福利的額外保費 如果您已加入選擇性補充保險福利套餐，除了上述月繳計劃保費外，您還需要支付此保費。（您必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費。）	**MyOption DEN972** 不適用。	**MyOption DEN972 $55.20 額外**每月保費

可能改變您的 D 部分保費金額的因素

- 推遲入保罰金- 如果您因在未持有至少與 Medicare 藥物承保（又稱為可信的承保）同等水準的 D 部分或其他藥物承保的情況下達63天或以上，而須繳付終身 D 部分推遲入保罰金，您的每月計劃保費將會更高。
- 較高收入附加費- 若您的收入較高，您可能須每月直接向政府額外繳付一筆費用，以支付您的 Medicare 藥物承保。

第 1.2 節 您的最高自付費用金額的變化

Medicare 要求所有健康計劃限制您全年的自付金額。此限額稱為自付費用上限（MOOP）金額。一旦您已支付此金額，在該日曆年度的剩餘時間內，您通常無需為承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。

費用	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
最高自付費用金額 您在承保醫療服務上的費用（例如共付額）**計入**您的最高自付金額。您的處方藥費用**不計入**您的最高自付金額。	**$8,550**	**$9,050** 一旦您已自付 **$9,050** 用於承保的 A 部分及 B 部分服務，您在該日曆年度剩餘時間內的承保 A 部分及 B 部分服務將無需支付任何費用。

第 1.3 節 醫療服務提供者網絡的變化

我們的醫療服務提供者網絡將於明年更新。自 2026 年 10 月 15 日起，您可以查閱 2027 年《提供者名錄》 **Humana.com/FindCare**，以確認您的醫療服務提供者（初級保健提供者、專科醫生、醫院等）是否在我們的網絡內。以下是獲取最新《提供者名錄》的方法：

- 請造訪我們的網站 **Humana.com/FindCare**。
- 請致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711），以獲取最新的醫療服務提供者資訊，或請我們郵寄《提供者名錄》給您。

我們可在年度內對作為我們計劃成員的醫院、醫生及專科醫生（醫療服務提供者）進行變更。若年中的醫療服務提供者變更對您造成影響，請致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）尋求協助。如果您的醫療服務提供者退出計劃網絡，您可能享有特殊加入期。欲瞭解網絡醫療服務提供者退出我們計劃時您的權利的更多資訊，請參閱您的《承保證明》 第3章第2.3節。

第 1.4 節 藥房網絡的變化

您為處方藥支付的金額可能取決於您使用的藥房。 Medicare 藥物計劃擁有藥房網絡。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。我們的網絡包含提供首選分攤費用的藥房，對於某些藥物，這些藥房可能為您提供比其他網絡藥房標準分攤費用更低的分攤費用。

我們的藥房網絡將於明年更新。自 2026 年 10 月 15 日起，您可以查閱 2027 年《提供者名錄》 **Humana.com/FindCare**，以確認哪些藥房在我們的網絡內。以下是獲取最新《提供者名錄》的方法：

- 請造訪我們的網站 **Humana.com/FindCare**。
- 請致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711），以獲取最新的藥房資訊，或請我們郵寄《提供者名錄》給您。

我們可以在年度中途對屬於我們計劃的藥房進行變更。如果我們藥房的年中變更影響到您，請致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）尋求協助。

第 1.5 節 醫療服務福利和費用的變化

在農村健康診所、聯邦合格健康診所及關鍵通道醫院所接受的服務，2027年可能須依適用情況繳付初級保健醫師或專科醫生的共付額或共保額。

費用	**2026 年（本年度）**	**2027 年（明年）**
	網絡內	**網絡內**
慢性下背痛針灸治療	慢性下背痛針灸治療就診的共付額為 **$20**，每年最多 20 次。	**$50** 共付額用於慢性下背痛針灸就診，每年最多 20 次。
針灸（常規）	承保	不在保障範圍內

費用	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
	網絡內	網絡內
救護車服務		
• 每次 Medicare 承保的地面緊急運送，您須支付：	每次服務日期的共付額 **$335**	每次服務日期的共付額 **$325**
• 每次 Medicare 承保的航空緊急運送，您須支付：	每次服務日期的共付額 **$335**	總費用的**20%**
• 每次 Medicare 承保的地面非緊急運送，您須支付：	每次服務日期的共付額 **$335**	每次服務日期的共付額 **$325**
• 每次 Medicare 承保的航空非緊急運送，您須支付：	每次服務日期的共付額 **$335**	總費用的**20%**
脊椎按摩治療服務		
• 每次 Medicare 承保的就診（脊椎手法矯正半脫位），您支付：		
– 在專科醫生診所	總費用的**20%**	**$15** 共付額
連續血糖監測儀		
– 於首選藥房	不適用	**$0** 共付額
– 在網絡零售藥房	**$0** 共付額	總費用的**20%**
牙科服務		
• 對於在專科醫生診所接受的 Medicare 承保牙科服務，您需支付：	**$40** 共付額	**$50** 共付額
• 補充牙科福利：	**DENA66** **$0** 共付額適用於牙周刮治及根面整平術（深層清潔），每個象限每3年最多1次。 **$0** 共付額，適用於全面口腔評估或牙周檢查、咬合調整、中度發炎洗牙，每 3 年最多 1 次。 **$0** 共付額，適用於橋體重新黏合、牙冠重新黏合、環口 X 光或診斷性 X 光，每 5 年最多 1 次。 **$0** 共付額，適用於根管治療、根管再治療，每顆牙齒終身最多 1 次。 **$0** 共付額，適用於咬翼片 X 光、口內 X 光，每年最多 1 套。 **$0** 共付額，適用於緊急診斷	**DEN310** **$0** 共付額，適用於全面口腔評估或牙周檢查，每3年最多1次。 **$0** 共付額，適用於環口 X 光或診斷性 X 光，每 5 年最多 1 次。 **$0** 共付額用於承保服務中所需的笑氣／鎮痛，每次就診最多 1 單位。 **$0** 共付額，適用於咬翼X光，每年最多 1 次。 **$0** 共付額，適用於緊急診斷性檢查、定期口腔檢查、預防性清潔，每年最多 2 次。 **$0** 共付額，適用於牙周維護治療，每年最多 4 次。

費用	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
	網絡內	網絡內
	檢查，每年最多 1 次。 **$0** 共付額，適用於疼痛緊急處置、口腔外科手術、定期口腔檢查、預防性潔牙（清潔），每年最多 2 次。 **$0** 共付額，適用於牙周維護治療，每年最多 4 次。 **$0** 共付額，適用於汞合金及/或複合樹脂補牙、簡單或外科拔牙，每年次數不限。 **$0** 共付額，適用於承保服務中所需麻醉，最多按需使用，依承保代碼計算。 **30%** 共保額，適用於橋體，每 5 年最多 1 次。 **30%** 共保額，適用於其他修復服務——核心建構及預製柱核，每顆牙齒終身最多 1 次。 **30%** - **40%** 共保額，適用於橋體-牙冠，每 5 年最多 2 次。牙冠適用 **30%** 至 **40%** 共保額，每顆牙終身最多 1 次。 所有診斷／預防及綜合承保的每年最高承保給付金額為 **$1,000**。	
聽力服務 • 如需在專科醫生診所接受 Medicare 承保的聽力服務，您須支付：	**$40** 共付額	**$50** 共付額

費用	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
	網絡內	網絡內
• 補充聽力福利：	**HER967** **$0** 共付額適用於例行聽力檢查，每年最多1次。 **$0** 共付額，適用於後續醫療服務提供者就診，每年不限次數。 每個標準級助聽器的共付額為 **$299**，每耳每年最多 1個。 每個進階級別助聽器的共付額為 **$599**，每耳每年最多 1個。 每個頂級級別助聽器的共付額為 **$899**，每耳每年最多 1個。 注意：每個助聽器含 80 顆電池及 3 年保固。購買 TruHearing 助聽器後第一年內，可享無限次後續醫療服務提供者就診。	**HER108** **$0** 共付額適用於驗配評估及例行聽力檢查，每年最多 1次。 **$0** 共付額，適用於後續追蹤就診，每年最多 3 次。 **$575** 共付額適用於每耳每年最多1個第 1 級處方助聽器。 **$750** 共付額用於每隻耳朵每年最多 1 個第 2 級處方助聽器。 注意事項：每個非充電式助聽器含 3 年電池（每耳每年最多 60 顆電池）及 3 年保固。 在購買助聽器後的第一年內，可至原始醫療服務提供者處進行一次驗配及三次後續複診。
住院照護		
• Medicare 承保的醫院住院期間，您需支付：	第 1 至 6 天每天 **$310** 共付額 第 7 至 90 天每天 **$0** 共付額	第 1 至 6 天每天共付額 **$400** 第 7 至 90 天每天共付額 **$0**
住院精神健康照護		
• Medicare 承保的醫院住院期間，您需支付：	第 1 至 6 天每天 **$310** 共付額 第 7 至 90 天每天 **$0** 共付額	第 1 至 6 天每天共付額 **$400** 第 7 至 90 天每天共付額 **$0**
門診診斷檢查、治療服務及用品		
• 如需接受診斷程序及檢查，您須支付：		
– 在專科醫生診所	**$40** 共付額	**$50** 共付額
– 在醫院設施門診部	**$95** 共付額	**$120** 共付額
• 對於進階影像服務（MRI、MRA、PET 或 CT 掃描），您須支付：		
– 在您的初級保健提供者診所	**$200** 共付額	**$330** 共付額
– 在專科醫生診所	**$280** 共付額	**$330** 共付額
– 在獨立放射科設施	**$200** 共付額	**$205** 共付額
– 在醫院設施門診部	**$335** 共付額	**$345** 共付額
• 如需接受基本放射科服務，您須支付：		

費用	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
	網絡內	網絡內
– 在專科醫生診所	**$45** 共付額	**$50** 共付額
– 在醫院設施門診部	**$130** 共付額	**$145** 共付額
– 在獨立放射科設施	**$50** 共付額	**$40** 共付額
• 對於放射治療，您須支付：		
– 在專科醫生診所	總費用的**20%**	**$50** 共付額
• 核子醫學服務，您需支付：		
– 在獨立放射科設施	**$200** 共付額	**$325** 共付額
• 睡眠研究服務，您需支付：		
– 在專科醫生診所	**$45** 共付額	**$100** 共付額
– 在醫院設施門診部	**$95** 共付額	**$175** 共付額
• 傷口護理，您需支付：		
– 在醫院設施門診部	**$45** 共付額	**$50** 共付額
• 對於實驗室服務，您支付：		
– 在獨立實驗室設施	**$30** 共付額	**$0** 共付額
– 在醫院設施門診部	**$50** 共付額	**$0** 共付額
– 於急需護理中心	**$40** 共付額	**$0** 共付額
門診醫院觀察		
• 每次 Medicare 承保的觀察服務就診，您需支付：		
– 在醫院設施門診部	**$310** 共付額	**$400** 共付額
門診手術，包括在醫院門診設施及門診手術中心提供的服務		
• 每次 Medicare 承保的外科手術服務就診，您支付：		
– 在專科醫生診所	**$40** 共付額	**$50** 共付額
– 在門診手術設施	**$500** 共付額	**$900** 共付額
– 在醫院設施門診部	**$850** 共付額	**$1,550** 共付額

費用	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
	網絡內	網絡內
非處方藥（OTC）津貼	**$25** 每月津貼存入預付消費卡，可於參與的零售門市或透過本計劃核准的非處方藥郵購供應商購買核准的非處方健康及保健產品。 任何未使用的金額將每月累計結轉，並於計劃年度結束或退出計劃時到期失效，以先發生者為準。	不在保障範圍內
足病診療服務 • 每次 Medicare 給付的就診（醫療必要的足部護理），您需支付： – 在專科醫生診所	 **$40** 共付額	 **$50** 共付額
醫生/執業者服務，包括醫生診所就診 • 每次 Medicare 給付服務的診所就診，您需支付： – 在專科醫生診所 – 專科醫生診所線上就診	 **$40** 共付額 **$40** 共付額	 **$50** 共付額 **$50** 共付額
肺部復健服務 – 在專科醫生診所 – 在醫院設施門診部	 **$15** 共付額 **$15** 共付額	 **$25** 共付額 **$25** 共付額
專業護理機構 (SNF) 照護 • 對於 Medicare 承保的在專業護理機構的住院，您須支付：	 **$0** 共付額 第 1 - 20 天每天 **$218** 共付額 第 21 - 100 天每天	 **$0** 共付額 第 1 - 20 天每天 **$221** 共付額 第 21 - 100 天每天
交通運輸	**$0** 共付額，適用於計劃核准地點，每年最多 24 次單程接送服務。 此福利每趟行程不超過 50 英里。	不在保障範圍內
統一彈性非緊急醫療交通	**$0** 共付額，適用於計劃核准地點，患有慢性腎臟病（CKD）、末期腎臟病（ESRD）或癌症診斷之會員，每年可享無限次單程接送服務。 此福利每趟單程行程不超過 50 英里。	不在保障範圍內

費用	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
	網絡內	網絡內
緊急所需服務 • 對於 Medicare 承保的緊急所需服務，您支付： – 在專科醫生診所	**$40** 共付額	**$50** 共付額
線上心臟復健計劃（統一彈性福利）	不在保障範圍內	**$0** 共付額適用於透過遠距醫療提供的線上心臟康復計劃，最多承保36次療程，以支持康復並降低再次住院的風險。此承保適用於因鬱血性心臟衰竭（CHF）、高血壓、肺炎或呼吸道疾病住院後出院的會員。
視力照護 • 對於在專科醫生診所接受的 Medicare 承保視力服務，您支付： • 常規視力服務：	**$40** 共付額 **VIS735** **$0** 共付額用於常規眼科檢查，每年最多 1 次。 隱形眼鏡或眼鏡（鏡片及鏡框）及眼鏡（鏡片及鏡框）配鏡服務，每年最高給付金額為 **$150**。 或於 PLUS 提供者處，隱形眼鏡或眼鏡（鏡片及鏡框）及眼鏡（鏡片及鏡框）配鏡服務，每年最高給付金額為 **$250**。 眼鏡鏡片選項可於最高給付金額範圍內使用，每年最多1副。 最高承保給付金額每年限使用一次。	**$50** 共付額 **VIS693** **$0** 共付額適用於例行眼科檢查，每年最多1次。 每年隱形眼鏡或眼鏡（鏡片及鏡框）及眼鏡（鏡片及鏡框）配鏡服務的最高給付金額為 **$100**。 或 **$200** 每年在 PLUS 特約服務提供者處用於隱形眼鏡或眼鏡鏡片及鏡框、眼鏡鏡片及鏡框配鏡服務的最高給付金額。 眼鏡鏡片選項可於最高給付金額範圍內使用，每年最多1副。 最高承保給付金額每年限使用一次。
全球承保 • 每次救護車緊急運送，您需支付：	每次服務日期的共付額 **$335**	每次服務日期的共付額 **$325**

選擇性補充保險福利 (OSB)
如果您選擇支付額外保費，您可以獲得這些福利。在適用情況下，參保人必須繼續支付 Medicare B部分保費、其Humana計劃保費及OSB保費。

費用	2026年（今年）	2027年（明年）	
網絡內	**網絡外**	**網絡內**	**網絡外**
MyOption DEN972 • 您的計劃不提供此選項		**MyOption DEN972** • **$55.20 額外**月保費 • 無免賠額 • **$1,500** 最高允許給付金額	
		預防性服務適用**0%** 共保額 **0% - 50%** 共保額用於基本服務 **50%** 共保額 共付額用於重大服務（包括假牙承保）	預防性服務適用**0%** 共保額 **0% - 50%** 共保額用於基本服務 **50%** 共保額 共付額用於重大服務（包括假牙承保） 從網絡外獲得的福利受網絡內福利的上限、限制及/或排除情況所規範。

第 1.6 節 D 部分藥物承保的變化

我們《藥物指南》的變更

我們的《承保藥物清單》稱為處方集或《藥物指南》。我們的《藥物指南》副本以電子方式提供。《藥物指南》包含許多（但非全部）我們明年將承保的藥物。如果您在此清單上找不到您的藥物，該藥物仍可能在承保範圍內。

您可以造訪我們的網站（Humana.com/druglist）或致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）以取得**完整**的**《藥物指南》**。

我們對《藥物指南》進行了更改，可能包括移除或新增藥物、更改適用於特定藥物承保範圍的限制條件，或將其移至不同的分攤費用等級。**查閱《藥物指南》，以確認您的藥物在明年將獲得承保，並瞭解是否有任何限制，或您的藥物是否已被移至不同的分攤費用等級。**

《藥物指南》中的大多數變更將於每年年初起生效。但是，我們可能會依據 Medicare 規定進行其他允許的變更，這些變更將在該日曆年度內影響您。我們每月至少更新一次線上《藥物指南》，以提供最新的藥物清單。如果我們做出的變更將影響您取得目前正在使用的某種藥物，我們將向您發送有關該變更的通知。

如果您在年初或年度中受到藥物承保範圍變更的影響，請查閱您的《承保證明》 第9章，並與您的處方醫師討論，瞭解您的選擇，例如申請臨時供應、申請例外，及/或尋找新的替代藥物。請致電客戶服務 800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 711）以瞭解詳情。

第 1.7 節 處方藥福利和費用的變化

您是否獲得「額外幫助 (Extra Help)」來支付藥物承保費用？

如果您參加了協助支付藥物費用的計劃（額外幫助 (Extra Help)），**有關D部分藥物費用的資訊可能不適用於您。**我們已向您單獨寄送一份材料，稱為《承保證明》附約（適用於獲得處方藥費額外幫助 *(Extra Help)* 的人員），其中說明了您的藥物費用。如果您獲得額外幫助 (Extra Help)，且在9月30日前未收到此資料，請致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711），並索取低收入補助 *(LIS)* 附約。

藥物付款階段

藥物付款共有 **3 個階段：**年度免賠額階段、初始承保階段，以及重大傷病保險階段。

- **第 *1* 階段：每年免賠額**

  您在每個日曆年度開始時進入此付款階段。在此階段，您需支付 D 部分藥物的全額費用，直至您達到年度免賠額為止。

- **第 *2* 階段：初始承保**

  一旦您支付年度免賠額後，您將進入初始承保階段。在此階段，我們的計劃支付您藥物費用的應付份額，而您支付您的應付份額。您通常將停留在此階段，直至您的年度累計藥物費用達到 **$2,400** 為止。

- **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。在此付款階段，您無需支付 D 部分承保藥物的費用。在餘下的日曆年時間，您通常將停留在這個階段。

第 1 階段藥費：年度免賠額

下表顯示了在此階段您每份處方的費用。

階段	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
年度免賠額	免賠額為 **$615**，但承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗除外。 在此階段，第 1 級藥物您需支付 **$0** 分攤費用，第 2 級藥物您需支付 **$5** 分攤費用，第 3 級、第 4 級及第 5 級藥物則須支付全額費用，直至達到年度免賠額為止。	免賠額為 **$550**，但承保的胰島素產品及大多數成人D部分疫苗除外。 在此階段，您須為第 1 級藥物支付 **$0** 的分攤費用，為第 2 級藥物支付 **$0** 的分攤費用，並為第 3 級、第 4 級及第 5 級藥物支付全額費用，直至達到年度免賠額為止。

第 2 階段藥費：初始承保

對於第 3 級——優選品牌藥物，您在初始承保階段中的分攤費用方式將從共付額變更為共保額。請參閱下表，瞭解2026年至2027年的變更內容。

我們更改了《藥物指南》上部分藥物的層級。如需查看您的藥物是否將被列於不同層級，請在《藥物指南》上查詢。

並非所有層級均涵蓋胰島素。請參閱您的《藥物指南》以確認胰島素承保範圍。

下表顯示您在網絡藥房以標準及首選分攤費用方式配取一個月（30天）藥量時，每張處方的費用。

大多數成人 D 部分疫苗均可免費為您承保。如需瞭解更多有關疫苗費用的資訊，或長期供應的費用資訊；或郵購處方的相關資訊，請參閱您的《承保證明》 第6章。

一旦您為承保的 D 部分藥物自付費用達到 **$2,400**，您將進入下一階段（即重大傷病保險階段）。

	2026 年（本年度）	**2027 年（明年）**
第 1 級：首選非品牌藥物	標準分攤費用： 您在零售藥房購藥時，每月用量須支付 **$0**。 您一個月郵購處方的費用為 **$10**。 首選分攤費用： 您一個月郵購處方的費用為 **$0**。	**標準分攤費用：** 您在零售藥房購藥時，每月用量須支付 **$0**。 您一個月郵購處方的費用為 **$10**。 **首選分攤費用：** 您一個月郵購處方的費用為 **$0**。

	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
第 2 級：非品牌藥物	標準分攤費用： 您在零售藥房購藥時，每月用量須支付 **$5**。 在零售藥房，您為本層級每種承保胰島素產品每月供應量支付 **25%**，最高不超過 **$5**。 您一個月郵購處方的費用為 **$20**。 您為此層級的每種承保胰島素產品，以郵購處方購買每月供應量時，支付**25%**，最高不超過 **$20**。 首選分攤費用： 您的一個月郵購處方費用為 **$5**。 您為此層級的每種承保胰島素產品，以郵購處方購買每月供應量時，支付**25%**，最高不超過 **$5**。	**標準分攤費用：** 您在零售藥房購藥時，每月用量須支付 **$0**。 在零售藥房，您為本層級每種承保胰島素產品每月供應量支付 **$0**。 您一個月郵購處方的費用為 **$20**。 您為此層級的每種承保胰島素產品，以郵購處方購買每月供應量時，支付**16%**，最高不超過 **$20**。 **首選分攤費用：** 您一個月郵購處方的費用為 **$0**。 您為此層級的每種承保胰島素產品，以郵購處方購買每月供應量時，支付 **$0**。

	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
第 3 級：首選品牌藥	標準分攤費用： 您在零售藥房購藥時，每月用量須支付 **$47**。 在零售藥房，您為本層級每種承保胰島素產品每月供應量支付 **25%**，最高不超過 **$35**。 您一個月郵購處方的費用為 **$47**。 您為此層級的每種承保胰島素產品，以郵購處方購買每月供應量時，支付**25%**，最高不超過 **$35**。 首選分攤費用： 您一個月郵購處方的費用為 **$47**。 您為此層級的每種承保胰島素產品，以郵購處方購買每月供應量時，支付**25%**，最高不超過 **$35**。	**標準分攤費用：** 您在零售藥房每月供應量支付 **17%**。 在零售藥房，您為本層級每種承保胰島素產品每月供應量支付 **17%**，最高不超過 **$35**。 您一個月郵購處方的費用為 **17%**。 您為此層級的每種承保胰島素產品，以郵購處方購買每月供應量時，支付**17%**，最高不超過 **$35**。 **首選分攤費用：** 您一個月郵購處方的費用為 **17%**。 您為此層級的每種承保胰島素產品，以郵購處方購買每月供應量時，支付**17%**，最高不超過 **$35**。
第 4 級：非首選藥物	標準分攤費用： 您在零售藥房每月供應量支付總費用的**26%**。 您一個月郵購處方的費用為 **26%**。 首選分攤費用： 您一個月郵購處方的費用為 **26%**。	**標準分攤費用：** 您在零售藥房每月供應量支付總費用的**33%**。 您一個月郵購處方的費用為 **33%**。 **首選分攤費用：** 您一個月郵購處方的費用為 **33%**。

	2026 年（本年度）	2027 年（明年）
第 5 級：特殊等級	標準分攤費用： 您在零售藥房每月供應量支付總費用的**25%**。 您一個月郵購處方的費用為**25%**。 首選分攤費用： 您一個月郵購處方的費用為**25%**。	**標準分攤費用：** 您在零售藥房每月供應量支付總費用的**27%**。 您一個月郵購處方的費用為**27%**。 **首選分攤費用：** 您一個月郵購處方的費用為**27%**。

第 2 節 如何變更計劃

如需繼續參加Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)，您無需採取任何行動。除非您在12月7日前報名參加其他類型的 Medicare 健康計劃或藥物計劃，或改為原始 Medicare，否則您將自動加入我們的 Humana Gold Plus H3533-033（HMO）。

如果您希望在2027年變更計劃，請按照以下步驟操作：

- **若要變更為其他 Medicare 健康計劃**，請加入新計劃。您將自動從 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 中取消註冊。請記住，並非所有 Medicare 健康計劃都承保處方藥。此外，請注意，對於許多計劃而言，您不能在加入 Medicare 健康計劃的同時另行購買處方藥計劃。
- **若要改為原始 Medicare 並搭配獨立的 Medicare 藥物承保，**您可以加入 D 部分計劃，屆時您將自動從 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 退出。
- **若要在不含藥物計劃的情況下改為原始 Medicare，**您可以向我們發送書面退出申請，或前往我們的網站在 www.humana.com/member/member-rights/disenrollment-and-cancellation 線上辦理退出。如需瞭解更多相關資訊，請致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）。或致電 **Medicare**，電話號碼為1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），要求辦理退出手續。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。如果您未加入 Medicare 藥物計劃，您可能需要支付 D 部分推遲入保罰金（請前往第 1.1 節）。
- 若要進一步瞭解原始 Medicare 及各種 Medicare 計劃類型，請造訪 Medicare.gov、查閱《*Medicare* 與您 *2027*》手冊、聯絡您所在州的健康保險協助計劃（請參閱第 4 節），或撥打 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。

第 2.1 節 變更計劃的截止日期

擁有 Medicare 的人員可在每年**10月15日至12月7日**期間變更其承保範圍。

如果您已投保自 2027 年 1 月 1 日起生效的 Medicare Advantage 計劃，但對所選計劃不滿意，您可在2027年1月1日至3月31日期間改換另一個 Medicare 健康計劃（附或不附 Medicare 藥物承保），或改為原始 Medicare（附或不附獨立 Medicare 藥物承保）。

第 2.2 節 一年中是否還有其他時間可以進行變更？

在某些情況下，人們可能有其他機會在一年當中更改其承保。範例包括以下人士：

- 擁有州醫療補助
- 取得額外幫助 (Extra Help) 以支付他們的藥費
- 擁有或正在退出雇主承保
- 搬離我們的服務區域

如果您最近遷入或目前居住於機構（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 承保範圍。您可以隨時改為任何其他 Medicare 健康計劃（含或不含 Medicare 藥物承保），或改為原始 Medicare（含或不含獨立的 Medicare 藥物承保）。如果您最近從機構搬出，您有機會在搬出當月後的2個完整月份內變更計劃或改為原始 Medicare。

第 3 節 取得處方藥費用補助

您可能符合條件獲得支付處方藥費方面的幫助。提供不同類型的幫助：

- **Medicare 的額外幫助 (Extra Help)。**收入有限的人士可能符合申請處方藥費用「額外幫助 (Extra Help)」的資格。如果您符合資格，Medicare 可支付 75% 以上的藥物費用，包括每月藥物計劃保費、年度免賠額及共保額。此外，符合資格的人士將不需支付推遲入保罰金。如需確認您是否符合資格，請致電：
  - 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聽障專線使用者請撥 1-877-486-2048，每天 24 小時，每週 7 天。
  - 請於週一至週五上午8時至下午7時致電社會安全局 1-800-772-1213，以聯絡代表。自動語音訊息每天 24 小時均可使用。聽障專線使用者請撥打 1-800-325-0778。
  - 您所在州的醫療補助辦公室。
- **您所在州的藥物援助計劃 (SPAP) 的幫助。**許多州設有州藥物補助計劃（SPAPs），根據民眾的經濟需求、年齡或醫療狀況，協助其支付處方藥費用。如需進一步瞭解該計劃，請向您所在州的州立健康保險協助計劃（SHIP）查詢。如需取得您所在州的電話號碼，請造訪 shiphelp.org，或致電 1-800-MEDICARE。
- **針對 HIV/AIDS 患者的處方分攤費用援助。** AIDS 藥物補助計劃（ADAP）有助於確保符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者能夠獲得救命的 HIV 藥物。若要符合您所在州 ADAP 的資格，您必須符合特定條件，包括提供州居住證明及 HIV 狀態證明、符合該州所定義的低收入標準，以及未投保／投保不足的身分。同時受 ADAP 承保的 Medicare D 部分藥物，可透過 ADAP 計劃獲得處方分攤費用協助。如需瞭解資格標準、承保藥物、如何加入計劃，或若您目前已加入計劃如何繼續獲得協助等相關資訊，請致電 ADAP 計劃（該機構的名稱及電話號碼列於本文件末尾的「附件 A」中）。致電時，請務必告知對方您的 Medicare D 部分計劃名稱或保單號碼。

- **Medicare 處方付款計劃。** Medicare 處方付款計劃是一種與您目前藥物承保配合使用的付款選項，透過在日曆年 (一月 – 十二月) 之間分攤本計劃承保的藥物，幫助您管理自費費用。擁有 Medicare 藥物計劃或包含藥物承保的 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。如果您正在參與 Medicare 處方付款計劃且繼續使用同一D部分計劃，您的參與資格將自動續期至2027年，您無需提交新的選擇申請即可繼續參與2027年的計劃。**此付款選項或許有助於您管理支出，但它不會為您省錢或降低您的藥物費用。**

  對於符合資格的人士而言，來自 Medicare 的額外幫助 (Extra Help) 以及您的SPAP和ADAP的補助，比參與 Medicare 處方付款計劃更為有利。如需進一步瞭解此付款選項，請致電 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）或造訪 http://www.Medicare.gov.

第 4 節 有疑問嗎？

從 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 獲得協助

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

  我們提供電話服務的時間為：10月1日至3月31日，每週七天，上午8時至晚上8時；4月1日至9月30日，週一至週五，上午8時至晚上8時。您可隨時在下班後、週六、週日及假日留下語音留言，我們將於一個工作日內回覆您的來電。撥打以上號碼均免費。

- **閱讀您的 *2027* 年《承保證明》**

本年度變更通知為您提供 2027 年福利及費用變更的摘要。如需詳細資訊，請參閱 Humana Gold Plus H3533-033（HMO）的2027年《承保證明》。《承保證明》是我們計劃福利的法律性詳細說明文件。它說明您的權利，以及您需要遵循的規則，以獲得承保服務和處方藥。請至我們的網站 **Humana.com/PlanDocuments** 取得《承保證明》，或致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711），要求我們郵寄一份給您。

- **請造訪 Humana.com/FindCare**。

我們的網站提供有關我們的提供者網絡 (《提供者名錄》) 及我們的《承保藥物清單》 (處方集/《藥物指南》) 的最新資訊。

獲取有關 Medicare 的免費諮詢

州立健康保險協助計劃 (SHIP) 是一個獨立的政府計劃，在每個州均設有經過培訓的諮詢顧問。

請致電您所在州的 SHIP，以獲得免費的個人化健康保險諮詢服務。他們可以幫助您瞭解 Medicare 計劃的選擇，並解答有關變更計劃的問題。您所在州 SHIP 的聯絡資訊列於本文件末尾的「附件 A」中。

從 Medicare 獲取幫助

- **致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。**

  您可以撥打 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），每天 24 小時，每週 7 天。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。

- **與 Medicare.gov 即時線上交談**

您可以在 www.Medicare.gov/talk-to-someone 進行即時線上交談

- **致函 Medicare**

  您可寫信至 Medicare，地址為 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **造訪 Medicare.gov**

  Medicare 官方網站包含關於費用、承保範圍和品質星級評級的資訊，可以幫助您比較您所在區域各個 Medicare 保健計劃。

- **閱讀《*Medicare* 與您 *2027*》**

  《*2027* 年 *Medicare* 與您》手冊每年秋季郵寄給擁有 Medicare 的人士。其中包含 Medicare 福利、權利與保障的摘要，以及有關 Medicare 最常見問題的解答。請前往 Medicare.gov 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。聽障專線使用者請撥打 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所提及之州政府機構的聯絡資訊。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聯絡。

紐約州	
SHIP 名稱及聯絡資訊	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP) 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 800-701-0501（免付費專線） https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance
品質改進組織	Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454 (866) 815 - 5440 聽障專線 711 傳真：(855) 236 - 2423 https://www.commencehealthqio.cms.gov/
州醫療補助辦公室	New York State Department of Health (SDOH) (Medicaid) Office of Medicaid Management 800 North Pearl Street Albany, NY 12204 800-541-2831（免付費專線） 518-473-3782（本地） https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/
州藥物補助計劃	New York State Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 800-332-3742（免付費專線） 聽障專線：800-290-9138（免費） https://www.health.ny.gov/health_care/epic/
AIDS 藥物補助計劃	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 是一個由法律上各自獨立的承保實體所組成的群組，這些實體相互關聯，並已指定自身為符合 HIPAA 規定之單一承保實體。 ACE 成員的完整名單可於 **https://huma.na/insuranceace** 取得。

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？
我們有責任保護您的資訊隱私，無論是以電子和口頭資訊等任何形式。我們已建立行政、技術和實體安全措施，透過多種方式保護您的資訊，包括：

- 限制可查閱您資料的人員
- 限制我們使用或披露您資料的方式
- 就我們關於您資料的法律責任向您告知
- 就我們的隱私計劃及程序對員工進行培訓

我們如何使用和公開您的資訊？
我們使用和公開您的資訊的方式如下：

- 向您或依法有權代表您行事的人士
- 向衛生及公共服務部部長

我們有權使用及披露您的資訊：

- 向醫生、醫院或其他醫療保健提供者披露，以便您能夠獲得醫療服務。

- 用於付款活動，包括為醫療保健提供者向您提供的受保服務支付索賠款項，以及支付健康計劃保費。
- 用於醫療保健運營活動，包括處理您的投保申請、回應您的查詢、協調您的護理、改善質量及釐定保費。
- 用於執行核保活動。但是，我們不會使用任何基因檢測結果，也不會詢問有關家族病史的問題。
- 向您的計劃贊助者提供，以允許其執行計劃管理職能，例如資格認定、投保及退保活動。在特定情況下，我們會與您的計劃贊助者分享您的健康資訊概要。例如，允許您的計劃贊助者向其他健康計劃徵詢投標。您的詳細健康資訊不會提供給您的計劃贊助者。我們將徵求您的許可，或您的計劃贊助者必須證明其同意維護您的資訊隱私。
- 為了向您提供有關健康相關福利和服務的資訊、預約提醒，或您可能感興趣的治療替代方案而與您聯絡。如果您已選擇退出，我們將不會與您聯絡。
- 如果您無法溝通，例如在緊急情況下，我們可能會向您的家人和朋友提供相關資訊。
- 向您的家人和朋友，或您指定的任何其他人。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，如果家庭成員或照護者事先知悉某項理賠並致電我們，我們可能會確認該理賠是否已收到並完成支付。
- 為向保單持有人提供付款資訊，以供美國國稅局核實之用。
- 如果我們認為存在嚴重的健康或安全威脅，則向公共衛生機構提供資訊。
- 當涉及虐待、疏忽或家庭暴力問題時，向相關主管機關提供資訊。
- 回應法院或行政命令、傳票、證據開示要求或其他合法程序。
- 基於執法目的、向軍事主管機關提供資訊，以及法律另有規定的情況。
- 協助災難救援工作。
- 用於合規計劃和健康監督活動。
- 履行我們在任何工傷補償法律或合約下的義務。
- 為避免對您的健康或安全，或他人的健康或安全造成嚴重且迫在眉睫的威脅。
- 在有限情況下用於研究目的，且前提是相關方已採取適當措施保護您的隱私。
- 用於器官、眼睛或組織的採集、保存或移植。
- 向驗屍官、法醫或殯儀業者提供資訊。

針對特定類型資訊的使用與揭露之額外限制：

- 部分聯邦及州法律可能限制使用及披露某些敏感健康資訊，例如：受《聯邦法規》第42篇第2部分（「第2部分」）約束的藥物使用障礙（「SUD」）記錄；生物特徵識別資訊；兒童或成人虐待或疏忽（包括性侵犯）；傳染病；基因資訊；HIV/AIDS；心理健康；生殖健康；以及性傳播疾病。
- 如果我們收到SUD第2部分記錄，除非基於您的書面同意（與您對任何其他使用或披露之同意分開），或在依第2部分規定向您提供通知及陳述意見機會後經法院命令，否則我們不會在任何針對您的民事、刑事、行政或立法程序中使用或披露該等記錄，或提供轉達該等記錄內容的證詞。授權使用或披露SUD第2部分記錄的法院命令，必須附有傳票或其他具法律效力的披露要求，方可使用或披露所請求的記錄。

我們是否會將您的資訊用於本通知所述以外的目的？

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。您可以隨時以書面通知我們，取消您的授權。以下用途和披露將需要您的書面授權：

- 心理治療筆記及 SUD 諮詢筆記的大多數使用與揭露
- 行銷目的
- 出售個人及健康資訊
- 依據本通知向非HIPAA適用實體或業務夥伴披露的醫療資訊，可能會被接收方進一步披露，且可能不再受聯邦或州隱私法律（如HIPAA）的保護。

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？
我們致力於及時回應您的權利請求。

- 查閱權——您有權審閱並取得可能用於對您作出決定的相關資訊副本。您也可以取得此項健康資訊的摘要。依據適用法律的要求，我們將向您或您指定的代表提供此個人資訊。
- 不利承保決定——如果我們拒絕您的保險申請，您有權獲得拒絕的理由說明。
- 替代溝通方式——為避免危及生命的情況，您有權以不同方式或在不同地點接收您的資訊。若您的要求合理，我們將予以配合。
- 修正權——您有權透過修改或刪除方式，要求更正任何此類個人資訊。在收到您的書面要求後60個工作日內，我們將通知您我們對爭議資訊的修改或刪除結果，或在進一步調查後拒絕進行此類更正的決定。
- 若我們拒絕修改或刪除爭議資訊，您有權向我們提交書面聲明，說明您對我們評估爭議資訊之意見不一致的原因，以及您認為正確的資訊內容。我們應將此聲明提供給所有審閱爭議資訊的各方查閱。*
- 揭露權——您有權收到我們或我們的業務夥伴曾揭露您資訊之案例清單。這不適用於治療、支付、健康計劃業務及某些其他活動。我們將保存資訊並為您提供資訊六年。若您在12個月內多次要求此清單，我們可能會向您收取合理的成本費用。
- 通知 - 您有權隨時要求並收到本通知的書面副本。
- 限制權——您有權要求限制您的資訊被使用或揭露的方式。我們並無義務同意此限制，但若我們同意，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。 * 此權利僅適用於我們在麻薩諸塞州的居民，依據州法規而適用。

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權遭到侵犯，您可以隨時致電 **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及健康資訊隱私的權利。

我們的責任
- 我們依法有義務維護您受保護健康資訊的隱私與安全。
- 若發生可能損害您資訊隱私或安全的違規事件，我們將及時通知您。
- 我們必須遵循本通知中所述的職責及隱私慣例，並向您提供其副本。
- 除本文所述情況外，我們將不會使用或分享您的資訊，除非您以書面形式告知我們您同意此做法。若您告知我們您同意，您可以隨時改變您的決定。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：

- 致電 866-861-2762 與我們聯絡

- 造訪我們的網站 **Humana.com** 並前往隱私慣例連結
- 請將填寫完成的申請表寄送至：
  Humana Inc.
  Privacy Office 003/10911
  101 E. Main Street
  Louisville, KY 40202

非歧視通知

Humana Inc. 及其子公司遵守適用的聯邦民權法律，不因種族、膚色、宗教、性別、性別認同、性別、性取向、年齡、殘疾、國籍、軍人身分、退伍軍人身分、遺傳資訊、祖先、族裔、婚姻狀況、語言、健康狀況或對健康服務的需求而歧視或排斥任何人。
Humana Inc.：

- 為殘障人士提供合理調整措施及免費的適當輔助工具和服務，以便與我們有效溝通，例如：
  - 合格的手語翻譯員
  - 其他格式的書面資訊（大字體、音訊、無障礙電子格式及其他格式）。
- 為主要語言非英語的人士提供免費語言協助服務，可能包括：
  - 合格的口譯員
  - 以其他語言撰寫的資訊。

如果您需要合理的調整、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**）。服務時間：東部時間上午 8 時至下午 8 時。如果您認為 Humana Inc. 未提供這些服務，或基於種族、膚色、宗教、性別、性別認同、生理性別、性取向、年齡、殘疾、國籍、軍事身分、退伍軍人身分、遺傳資訊、祖籍、族裔、婚姻狀況、語言、健康狀況或對健康服務的需求而存在歧視，您可以親自或以郵件或電子郵件方式，向 Humana Inc. 非歧視協調員提出申訴，地址為 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。

您也可以透過民權投訴入口網站（網址為 **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，或以郵件或電話方式聯絡：

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）**。

加州會員：
您也可以向加州健康照護服務部民權辦公室提出民權投訴，方式如下：致電 **916-440-7370（聽障專線：711**），發送電子郵件至 **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。投訴表格可於以下網址取得：**http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

本通知可於以下網址查閱：**www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**.
GHHNDN2026HUM

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)**.

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

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

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

Bǎsɔ́ɔ̀ [Bassa]: Wudu-xwíníín-mú-zà-zà kǔà, hwòdǒ-fɔ́nɔ́-nyɔ̀,, kè nyɔ-ɓɔ̌-po-kà ɓě ɓé wa nyuɛsé wídí péè-péèdò kɔ.̌ Ɓá **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]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis ki disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711).**

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i 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 d’assistance linguistique, d’aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **877-320-1235 (ATS : 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] : મફત ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

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

हिंदी [Hindi]: निःशुल्क 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)**.

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

GHHNOA2026HUM_0526

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

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 សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ 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]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóó naaltsoos t'áá ajiłii'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áá jiik'eh hóló. **877-320-1235 (TTY: 711)** bich'į' hodíílnih.

नेपाली [Nepali]: नि:शुल्क भाषा सेवा, सहायक सामग्री र वैकल्पिक ढाँचाका सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

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

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

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ 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 serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **877-320-1235 (TTY: 711)** எண்ணை அழைக்கவும்.

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

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

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

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn iṣẹ́ àtìlẹ́hìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àti ọ̀nà kíkà míràn wà lárọ̀wọ́tó lọ́fẹ̀ẹ́.
Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

備註

準備好查看了嗎？
我們隨時準備為您提供協助。

從2026年10月15日起，您可以查閱2027年的計劃文件。您可以透過簡單的搜尋快速找到所需的資訊，包括：

- 《承保證明》與會員權利及責任。
- 計劃詳情、福利及費用。
- 《提供者名錄》可讓您依專科、地點或病症進行搜尋。
- 《藥物指南》以取得您的計劃所承保的藥物清單。

請至 **Humana.com/Renewal** 查看您的 2027 年計劃文件。

我們隨時為您服務。如果您在使用這些線上工具時需要協助，請撥打您的 Humana 會員卡背面的電話號碼以獲得支援。

如需這些文件的紙本，請致電 **800-457-4708（聽障專線：711）**，每天 24 小時，每週七天。請備妥您的Humana會員卡。當系統詢問您來電原因時，請說「《承保證明》」或「《提供者名錄》」。請允許最多兩週的時間以郵寄方式收到文件。

我們根據 Medicare 資金、政策變更及會員優先事項每年更新我們的計劃。

作為 Humana 會員，您可能會接到有關其他保險產品的電話。如需選擇退出，請撥打識別卡背面的客戶服務電話。

Humana®

Y0040_GHZQHEECH_C

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

H3533033000ANOCCH27

關於您的 Medicare Advantage 及處方藥計劃變更的重要資訊

查看內頁

以下是您的 **Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)** 摘要，該計劃將於 2027 年 1 月 1 日生效。

Humana®

Humana.com
800-457-4708（聽障專線：711）