

# 福利摘要

---

## Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)

紐約市

布魯克林區和皇后區

我們的服務區域包括紐約州的下列郡縣：金斯、皇后區。

## 登記投保前檢查清單

在決定登記投保前，請務必充分瞭解我們的福利與規則。如果您有任何問題，可以致電客服代表 **1-800-833-2364 (聽障專線:711)**。

### 瞭解相關福利

- 《承保證明》(EOC) 提供所有承保範圍和服務的完整清單。在投保前，請務必先查看計劃承保範圍、費用和福利。請造訪 **Humana.com/medicare**，或致電 **1-800-833-2364 (聽障專線:711)**，以檢視 EOC 的副本。
- 查看提供者名錄 (或諮詢您的醫生)，確保您現在看診的醫生都在網絡中。如果他們不在清單中，則表示您可能需要選擇新的醫生。
- 查看藥房名錄，確定您用於購買任何處方藥物的藥房都在網絡中。如果藥房不在清單中，則您可能必須選擇新藥房來購買處方藥。
- 查看處方列表，以確保您的藥物在承保範圍內。

### 瞭解重要規則

- 您必須繼續繳納 Medicare (聯邦醫療保險) B 部分保費。這筆保費通常會每個月從您的社會安全局支票中扣除。
- 福利、保費及/或共付額/共保額可能在 2026 年 1 月 1 日變更。
- 對目前承保範圍的影響。**如果您目前已投保 Medicare 優勢計劃，您目前的 Medicare 優勢醫療承保將在新的 Medicare 優勢承保開始後終止。如果您有 TRICARE，一旦您的新 Medicare 優勢承保開始，您的承保可能會受到影響。請與 TRICARE 聯絡以瞭解詳情。如果您有 Medicare 補充保險計劃/差額保險計劃，在您的 Medicare 優勢承保開始後，您可能會想要放棄您的 Medicare 補充保險計劃/差額保險政策，因您將為您無法使用的承保支付費用。
- 除非是急診案例或緊急情況，否則我們不會給付網絡外提供者 (未列在提供者名錄中的醫生) 的醫療服務費用。



# 讓我們來談談 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)

您可以從這份簡單易用的指南中，進一步瞭解 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 計劃，包括其涵蓋的健康與藥物服務。

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 是一項簽署 Medicare 合約的 Medicare Advantage HMO 計劃。登記投保這項 Humana (惠安納) 計劃的資格視續約情況而定。

這裡提供的福利資訊是我們的承保內容和您所需支付費用的摘要。其中並沒有列出我們承保的每一項服務，也沒有列出所有限制或排除情況。如需我們所承保服務的完整清單，請參閱本計劃於我們網站上提供的《承保證明》：[Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)。

## 投保資格

若要加入 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)，您必須有資格獲得 Medicare A 部分、已投保 Medicare B 部分，而且居住在我們的服務區內。

## 計劃名稱

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)

## 如何與我們聯絡

如果您是本計劃的會員，請撥打免付費電話：**1-800-457-4708 (聽障專線：711)**。

如果您**不是**投保本計劃的會員，請撥打免付費電話：**1-800-833-2364 (聽障專線：711)**。

**10月1日至3月31日：**  
每週 7 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

或者造訪我們的網站：

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

## Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的更多資訊

您是否同時擁有 Medicare 和州醫療補助？如果您是同時投保 Medicare 和該州醫療補助方案的雙重資格受益人，您可能不必支付本手冊中所列的醫療費用，而且您的處方藥物費用也會更低。

如果您擁有州醫療補助，請務必向提供者出示您的州醫療補助 ID 卡以及 Humana 會員卡，讓提供者知道您可能有其他承保。您的服務費用會先由 Humana 支付，再由州醫療補助支付。

身為會員，您必須選擇一位本文件列出且在服務區內的網絡內醫生，做為您的初級保健提供者 (PCP)。Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 擁有由醫生、醫院、藥房和其他提供者組成的網絡。如果您使用的提供者不在我們的網絡中，則本計劃可能不會支付這些服務的費用。



## 健康的合作夥伴關係

更充分利用此計劃—透過 Humana 提供的額外服務和資源！

## 每月保費、免賠額及限額

<b>每月計劃保費</b>	<b>\$0</b> 您必須繼續繳納 Medicare B 部分保費。
<b>B 部分保費減免</b>	您的計劃將可降低您每月的 B 部分保費，最多可達 <b>\$1</b> ，但不超過 2025 年原有的 Medicare B 部分保費的費用。
<b>醫療免賠額</b>	網絡內 <b>\$580</b> 以下列出的服務不包括在網絡內的免賠額中： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 救護車服務</li> <li>• 化療藥物及投予</li> <li>• 糖尿病監測用品</li> <li>• 急診室服務</li> <li>• 化驗室服務</li> <li>• Medicare 承保的預防服務 (包括免疫接種 (流感和肺炎))</li> <li>• Medicare B 部分胰島素藥物</li> <li>• 其他 Medicare B 部分藥物</li> <li>• 初級保健提供者診所</li> <li>• 原有的 Medicare 未承保的服務</li> <li>• 專科醫生診所</li> <li>• 緊急護理中心的緊急服務</li> </ul>
<b>藥房 (D 部分) 免賠額</b>	第 1 級和第 2 級藥物免賠額 <b>\$0</b> 購買第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物免賠額為 <b>\$590</b>
<b>自付額責任上限</b>	網絡內 <b>\$9,350</b> 您當年度共付額、共保額和其他承保的醫療服務費用的最高自付額。

## 醫療福利

### 住院醫院給付

此計劃給付的住院時間不限天數

第 1-6 日每天共付額 **\$310**  
第 7-90 日每天共付額 **\$0**

### 門診醫院給付

結腸鏡診斷檢查

共付額 **\$495**

乳房 X 光診斷檢查

共付額 **\$90**

手術服務

共付額 **\$1400**

### 門診手術中心

結腸鏡診斷檢查

共付額 **\$445**

手術服務

共付額 **\$940**

### 醫生就診

初級保健提供者 (PCP)

- PCP 診所: 共付額 **\$0**
- 遠程醫療: 共付額 **\$0**

專科醫生

- 專科醫生診所: 共付額 **\$45**
- 遠程醫療: 共付額 **\$45**

您不需要轉診即可從計劃提供者接受承保的服務。某些程序、服務和藥物可能需要事先獲得您的計劃的批准。這稱為「預先授權」。要瞭解更多需要本計劃事先授權的服務，請聯絡您的 PCP，參閱本計劃的《承保證明》(EOC)，或造訪 [Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL)。



## 醫療福利表 (續)

## 預防保健

本計劃承保所有 Medicare 的預防服務，包括： 共付額 **\$0**

- 腹部主動脈瘤篩檢
- 酒精濫用篩檢和輔導
- 年度健康就診 (AWV)
- 骨質密度檢測
- 乳癌篩檢 (乳房 X 光檢查)
- 心血管疾病風險降低就診
- 心血管疾病篩檢
- 子宮頸癌和陰道癌篩檢
- 大腸癌篩檢
- 憂鬱症篩檢
- 糖尿病篩檢
- 糖尿病自我管理訓練
- 青光眼篩檢
- 愛滋病 (HIV) 篩檢
- 免疫接種
- 肺癌篩檢
- 醫學營養治療
- Medicare 糖尿病預防方案 (MDPP)
- 肥胖症篩檢和治療
- 前列腺 (攝護腺) 癌篩檢
- 例行體檢
- 性傳播感染 (STI) 篩檢和輔導
- 戒菸和戒除使用菸草 (戒菸或戒除使用菸草輔導)
- 「Welcome to Medicare」預防就診

在合約年度內，Medicare 所核准的任何額外預防服務均在給付範圍內。

## 急診/突發護理

**急診室的急診服務** 共付額 **\$110**

如果您在 24 小時內獲准入住同一家醫院，則無需支付急診/突發護理的分攤費用。  
進入觀察時，會員支付觀察分攤費用，而非急診室分攤費用。

**急診室的醫生和專業服務** 共付額 **\$0**

## 急需服務

急需服務是指在非急診情況下，為無法預知、需要立刻得到醫治的疾病、受傷或病症所提供的醫療服務。

- 遠程醫療：共付額 **\$45**
- 緊急護理中心：共付額 **\$45**

您不需要轉診即可從計劃提供者接受承保的服務。某些程序、服務和藥物可能需要事先獲得您的計劃的批准。這稱為「預先授權」。要瞭解更多需要本計劃事先授權的服務，請聯絡您的 PCP，參閱本計劃的《承保證明》(EOC)，或造訪 [Humana.com/PAL](http://Humana.com/PAL)。



## 醫療福利表 (續)

## 診斷服務、化驗室和成像

## 高級成像服務 (MRI、MRA、PET 和 CT 掃描)

- 獨立放射設施: 共付額 **\$200**
- 門診醫院: 共付額 **\$325**
- PCP 診所: 共付額 **\$200**
- 專科醫生診所: 共付額 **\$200**

## 基本放射服務 (X 光)

- 獨立放射設施: 共付額 **\$50**
- 門診醫院: 共付額 **\$130**
- PCP 診所: 共付額 **\$0**
- 專科醫生診所: 共付額 **\$45**
- 緊急護理中心: 共付額 **\$45**

## 乳房 X 光診斷檢查

- 獨立放射設施: 共付額 **\$45**
- 專科醫生診所: 共付額 **\$45**

## 診斷程序和檢驗

- 門診醫院: 共付額 **\$95**
- PCP 診所: 共付額 **\$0**
- 專科醫生診所: 共付額 **\$45**
- 緊急護理中心: 共付額 **\$45**

## 化驗室服務

- 獨立化驗室: 共付額 **\$30**
- 門診醫院: 共付額 **\$50**
- PCP 診所: 共付額 **\$0**
- 專科醫生診所: 共付額 **\$0**
- 緊急護理中心: 共付額 **\$45**

## 核子醫學和服務

- 獨立放射設施: 共付額 **\$100**
- 門診醫院: 共付額 **\$720**

## 睡眠研究

- 會員家中: 共付額 **\$0**
- 門診醫院: 共付額 **\$95**
- 專科醫生診所: 共付額 **\$45**

## 放射治療 (放射治療)

- 獨立放射設施: 費用的 **20%**
- 門診醫院: 費用的 **20%**
- 專科醫生診所: 費用的 **20%**

## 聽力服務

## Medicare 承保的聽力服務

共付額 **\$45**

您不需要轉診即可從計劃提供者接受承保的服務。某些程序、服務和藥物可能需要事先獲得您的計劃的批准。這稱為「預先授權」。要瞭解更多需要本計劃事先授權的服務，請聯絡您的 PCP，參閱本計劃的《承保證明》(EOC)，或造訪 [Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL)。



## 醫療福利表 (續)

## 強制性聽力補充保險福利

網絡內：

**HER937**

- 每年最多 1 次例行聽力檢查，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**。

助聽器購買包括：

- 購買 TruHearing 助聽器後，第一年提供者追蹤造訪次數不限
- 60 天試用期
- 3 年延長保固
- 非充電式機型每個助聽器 80 顆電池
- 高級助聽器及優質助聽器提供充電式選項，每個助聽器需額外支付 **\$50**

**您必須去看 TruHearing 提供者才能使用本福利。****請致電 1-844-255-7144 以預約時間 (聽障專線使用者請撥 711)。**

## 牙科服務

## Medicare 承保的牙科項目

共付額 **\$45**

## 強制性牙科補充福利

可能存在限制和排除情況。已提交的索賠須接受審查程序，其中可能包括臨床審查和牙科病史以核准承保。此計劃的牙科福利不一定承保所有的 ADA 處置碼。所接收的任何未列出服務都不在計劃承保範圍內，並將由會員負責支付。會員應負擔超出牙科承保限制的任何金額。福利的提供以日曆年為基礎。年底沒有使用的金額將會過期。

有關每個計劃的資訊，請造訪 [Humana.com/sb](http://Humana.com/sb)。

網絡內牙醫已同意按合約費率 (依據網絡內收費表，亦作 INFS) 提供承保服務。如果一名會員前往特約網絡內牙醫處就診，將不必支付超過承保服務議定收費表的費用 (任何適用的共保額給付仍然適用)。

在遍布全國的 Humana 牙科 Medicare 網絡中尋找牙醫，請至 [Humana.com](http://Humana.com) > 尋找照護。

網絡內：

**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 光檢查，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**。
- 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**。

您不需要轉診即可從計劃提供者接受承保的服務。某些程序、服務和藥物可能需要事先獲得您的計劃的批准。這稱為「預先授權」。要瞭解更多需要本計劃事先授權的服務，請聯絡您的 PCP，參閱本計劃的《承保證明》(EOC)，或造訪 [Humana.com/PAL](http://Humana.com/PAL)。

Humana®



## 醫療福利表 (續)

## 視力服務

眼鏡 (白內障手術後) 共付額 **\$0**Medicare 承保的糖尿病眼睛檢查 共付額 **\$0**Medicare 承保的視力服務 共付額 **\$45**Medicare 承保的視力, 提供者查詢器可在 [Humana.com](http://Humana.com) > 尋找照護。

## 強制性視力補充福利

強制性視力補充福利是透過 Humana Medicare Insight 網絡所提供。提供者查詢器位於 [Humana.com](http://Humana.com) > 尋找照護。

網絡內:

## 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
- 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**。
- 鏡片可以選擇, 最高福利給付金額每年不超過 1 副。
- 最高福利給付金額每年限用一次。
- 福利給付金額上限不可合併。

PLUS 提供者是 Humana Medicare Insight 網絡的一部分, 且會在提供者查詢器搜尋結果中標明。

## 心理健康服務

## 住院

本計劃可承保終身最多 190 天精神科醫院的住院心理醫療保健

第 1-6 日每天共付額 **\$305**第 7-90 日每天共付額 **\$0**

## 心理健康治療就診

- 門診醫院: 共付額 **\$85**
- 部分住院: 共付額 **\$55**
- 專科醫生診所: 共付額 **\$40**

## 門診藥物濫用治療服務

- 門診醫院: 共付額 **\$85**
- 部分住院: 共付額 **\$55**
- 專科醫生診所: 共付額 **\$40**
- 遠程醫療: 共付額 **\$40**

## 專業護理設施 (SNF)

本計劃可承保在 SNF 中最多 100 日

第 1-20 日每天共付額 **\$0**第 21-100 日每天共付額 **\$214**

## 救護車

每個服務日共付額 **\$315**

## 交通

會員必須聯絡交通服務提供者以安排交通, 並應聯絡客戶服務, 以取得其計劃特定交通服務提供者的相關指示。

每年最多 24 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。

您不需要轉診即可從計劃提供者接受承保的服務。某些程序、服務和藥物可能需要事先獲得您的計劃的批准。這稱為「預先授權」。要瞭解更多需要本計劃事先授權的服務, 請聯絡您的 PCP, 參閱本計劃的《承保證明》(EOC), 或造訪 [Humana.com/PAL](http://Humana.com/PAL)。



## 醫療福利表 (續)

### Medicare B 部分藥物

部分可退款的 B 部分藥物可能適用較低共保額

#### 過敏注射和血清

- PCP 診所: 共付額 **\$0**
- 專科醫生診所: 共付額 **\$0**

#### 化療藥物

- 門診醫院: 費用的 **20%**
- 專科醫生診所: 費用的 **20%**

#### 其他 B 部分藥物

- 門診醫院: 費用的 **20%**
- PCP 診所: 費用的 **20%**
- 藥房: 費用的 **20%**
- 專科醫生診所: 費用的 **20%**

#### B 部分胰島素

針對您計劃承保的每項胰島素產品, 您針對一個月 (最多 30 天) 供應量所支付的費用不會超過 **\$35**。

- 門診醫院: 費用的 **20%**
- PCP 診所: 費用的 **20%**
- 藥房: 費用的 **20%**
- 專科醫生診所: 費用的 **20%**



## 處方藥福利

### 計劃特點

#### 共付額 **\$0**

在選定的藥房地點和等級共付額 **\$0**。其他詳細資料如下。

#### 免賠額

第 1 級和第 2 級藥物免賠額 **\$0**

#### 胰島素費用

針對您計劃承保的每項胰島素產品, 您針對一個月 (最多 30 天) 供應量所支付的費用不會超過 **\$35**

#### 未包括的藥物承保範圍

下列項目的額外藥物承保範圍:  
勃起功能障礙 (ED) 藥物  
減肥藥物  
處方維他命

#### **\$0** 疫苗

「免疫接種諮詢委員會」(ACIP) 所推薦的 D 部分承保成人疫苗, 共付額 **\$0**

#### 免賠額

第 1 級和第 2 級藥物免賠額 **\$0**。本計劃第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物的免賠額為 **\$590**。您支付這些藥物的全額費用, 直到您達到 **\$590** 為止。然後, 您只需支付分攤費用即可。

#### 初始承保

您支付以下金額, 直到自付費用總額達到 **\$2,000**。達到此金額後, 您將會進入「重大傷病階段」。

您不需要轉診即可從計劃提供者接受承保的服務。某些程序、服務和藥物可能需要事先獲得您的計劃的批准。這稱為「預先授權」。要瞭解更多需要本計劃事先授權的服務, 請聯絡您的 PCP, 參閱本計劃的《承保證明》(EOC), 或造訪 [Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL)。

Humana®

 處方藥福利 (續)

## 藥房分攤費用

天供應量	零售分攤費用 包括所有網絡內零售藥房		標準郵購分攤費用		首選郵購分攤費用 CenterWell Pharmacy™	
	30 天	90 天*	30 天	90 天*	30 天	90 天*
<b>第 1 級: 首選非品牌藥物</b>	\$2	\$6	\$10	\$30	\$2	\$0
<b>第 2 級: 非品牌藥物</b>	\$12	\$36	\$20	\$60	\$12	\$0
<b>第 3 級: 首選品牌藥物</b>	\$47	\$141	\$47	\$141	\$47	\$131
<b>第 4 級: 非首選藥物</b>	26%	26%	26%	26%	26%	26%
<b>第 5 級: 特殊等級</b>	25%	不適用	25%	不適用	25%	不適用

您有數種購買處方藥的選項, 包括零售和郵購藥房。CenterWell Pharmacy® 是許多 Humana 計劃的首選郵購分攤費用藥房, 這意味著您對特定第 1 級和第 2 級非品牌藥物可能支付只需 **\$0** 的費用。如需瞭解詳情, 請造訪 [CenterWellPharmacy.com](http://CenterWellPharmacy.com)。

我們的網絡內也有其他藥房可供選擇。若要尋找我們的網絡中有哪些藥房可供選擇, 請前往 [Humana.com/pharmacyfinder](http://Humana.com/pharmacyfinder)。

\*某些藥物僅限提供 30 日的供應量。

有關計劃承保的每項胰島素產品, 不論其屬於哪一種分攤費用等級, 您針對一個月 (最多 30 天) 供應量所支付的費用不會超過 **\$35**, 即使您尚未支付免賠額亦是如此。

## 胰島素分攤費用

天供應量	零售分攤費用 包括所有網絡內零售藥房		標準郵購分攤費用		首選郵購分攤費用 CenterWell Pharmacy™	
	30 天	90 天*	30 天	90 天*	30 天	90 天*
<b>第 3 級: 首選品牌藥物</b>	\$35	\$105	\$35	\$105	\$35	\$95
<b>第 5 級: 特殊等級</b>	\$35	不適用	\$35	不適用	\$35	不適用

我們的網絡內也有其他藥房可供選擇。若要尋找我們的網絡中有哪些藥房可供選擇, 請前往 [Humana.com/pharmacyfinder](http://Humana.com/pharmacyfinder)。

\*某些藥物僅限提供 30 日的供應量。

## 重大傷病承保範圍

在您自付費用總額達到 **\$2,000**, 您為計劃承保的 D 部分藥物和排除藥物支付 **\$0**。

## 排除藥物承保範圍

**勃起功能障礙 (ED) 藥物** 承保於第 1 級分攤費用金額。

**減肥藥物** 承保於第 2 級分攤費用金額。

**處方維他命** 承保於第 1 級分攤費用金額。

## 額外幫助

如果您的藥物獲得「額外幫助」，您的免賠額將為 **\$0**。

在您達到年度自付費用上限 **\$2,000** 之前，您將根據您的「額外幫助」等級支付下列其中一項費用：

- 非品牌/首選多源藥或生物相似藥為 **\$4.90**；任何其他藥物為 **\$12.15**；或者
- 非品牌/首選多源藥或生物相似藥為 **\$1.60**；任何其他藥物為 **\$4.80**；或者
- 所有藥物為 **\$0**

當您達到年度自付費用上限 **\$2,000** 後，無論您獲得的「額外幫助」等級為何，您將在該日曆年剩餘時間支付 **\$0**。其他資訊可於您的 LIS 附加條款中查詢。

分攤費用可能會因您選擇的藥房、您進入 D 部分福利另一個階段的時間，以及您是否符合「額外幫助」的資格而有所不同。如要瞭解您是否有資格獲得「額外幫助」，請聯絡社會安全局辦公室，電話：1-800-772-1213 (聽障專線：1-800-325-0778)，服務時間為週一至週五，上午 7 點至晚上 7 點。如需有關處方藥福利的更多資訊，請致電我們或線上存取您的《承保證明》。

如果您居住在網絡內的長期照護設施，您支付的款項與在網絡內的標準零售藥房相同。在某些情況下，您可能可以從網絡外藥房取得藥物，但費用可能高於您在網絡內藥房支付的金額。



## 額外的福利

針灸服務 (Medicare 承保)	慢性下背部疼痛針灸就診的共付額為 <b>\$45</b> ，每年最多就診 20 次。
脊椎按摩治療服務 (Medicare 承保)	費用的 <b>20%</b>
足病診療服務 (Medicare 承保)	共付額 <b>\$45</b>
<b>醫療設備/用品</b>	
連續血糖監測器 (CGM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DME 提供者：費用的 <b>5%</b></li> <li>• 藥房：費用的 <b>5%</b></li> </ul>
糖尿病監測用品	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 糖尿病用品供應：費用的 <b>5%</b></li> <li>• 網絡內零售藥房：費用的 <b>10%</b></li> <li>• 首選糖尿病用品供應：共付額 <b>\$0</b></li> </ul>
耐用醫療設備 (DME)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DME 提供者：費用的 <b>5%</b></li> </ul>
醫療用品	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 醫療用品供應：費用的 <b>5%</b></li> </ul>
義肢裝置及相關用品	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 義肢提供者：費用的 <b>5%</b></li> </ul>
<b>復健服務</b>	
心臟復健服務	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 門診醫院：共付額 <b>\$30</b></li> <li>• 專科醫生診所：共付額 <b>\$30</b></li> </ul>

**其他福利 (續)****職業治療**

- 綜合門診復健設施: 共付額 **\$35**
- 門診醫院: 共付額 **\$35**
- 專科醫生診所: 共付額 **\$35**

**物理治療**

- 綜合門診復健設施: 共付額 **\$35**
- 門診醫院: 共付額 **\$35**
- 專科醫生診所: 共付額 **\$35**

**肺復健服務**

- 門診醫院: 共付額 **\$15**
- 專科醫生診所: 共付額 **\$15**

**言語治療**

- 綜合門診復健設施: 共付額 **\$35**
- 門診醫院: 共付額 **\$35**
- 專科醫生診所: 共付額 **\$35**

**周邊動脈疾病 (PAD) 之監督運動治療 (SET)**

- 門診醫院: 共付額 **\$20**
- 專科醫生診所: 共付額 **\$20**



## 本計劃的更多福利

您可以享受本計劃中包含的一些額外福利。  
這是我們承保內容的摘要。其中並沒有列出我們承保的每一項服務，也沒有列出所有限制或排除情況。承保證明 (EOC) 提供承保範圍和服務的完整清單。請造訪 [Humana.com/PlanDocuments](http://Humana.com/PlanDocuments) 檢視 EOC 的副本，或致電 **1-800-833-2364**。

### Over-the-Counter (OTC) 郵購

預付卡的每季津貼為 **\$50**，可用於從參與的零售地點購買非處方健康和保健產品。

津貼金額不得與卡片上可能會有的其他津貼合併使用。

未使用的金額會在季度結束時到期。

- 每季津貼的金額可在 1 月、4 月、7 月和 10 月初使用。
- 可能存在限制和條件。

### 如需更多資訊，請參閱「Humana Spending Account Card (支出帳戶卡)」一節。

### Humana Spending Account Card (支出帳戶卡)

您可以使用 Humana Spending Account Card (支出帳戶卡) 支付本計劃包含的津貼。如果您目前有 Humana Spending Account Card (支出帳戶卡) 請繼續使用同一張卡。津貼會繼續載入這張卡片。如果您沒有卡片，將會寄一張給您。收到郵件後，請立即啟用您的卡片。

- 若基金因為卡片遺失或遭竊而遺失，Humana 概不負責。
- 請參閱卡片背面以取得更多資訊。
- 津貼金額不能與卡上的其他福利津貼合併使用。
- 可能存在限制和條件。

### 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。

您必須選擇一名本文件列出，在服務區內的網絡內醫生做為您的初級保健提供者 (PCP)。

### 例行針灸

每次針灸就診的共付額為 **\$0**，每年最多就診 25 次。  
可能有授權規定。

### Humana Well Dine® 膳食方案

Humana Well Dine® 膳食方案共付額 **\$0**。

在醫院或護理設施的住院時間結束後，您有資格獲得 7 天每日 2 餐的居家送餐膳食 (最多 14 餐)。

膳食必須在您住院時間出院後 30 天內要求。

每年限用 4 次。

### 獎勵和激勵 - Humana Go365®

完成符合資格的健康活動，例如預防性篩檢和檢查，並獲得獎勵。

### SilverSneakers® 健身方案

透過健身並在參與的地點和線上建立社交聯繫，享受更健康，更活躍的生活。

**Humana.**

## 無歧視聲明

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 (大字印刷、音訊、無障礙格式、其他格式)。
- 為主要語言不是英語的人士提供免費的語言協助服務，可能包括：
  - 合格的口譯員
  - 其他語言的書面資訊。

如果您需要合理的修改、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. 根據種族、膚色、宗教、社會性別、性別認同、生理性別、性傾向、年齡、殘障、國籍、軍役狀態、退役狀態、基因資訊、血統、民族、婚姻狀態、語言、健康狀態或健康服務的需求，而並未提供服務或歧視，您可以親自提出申訴，或郵寄或寄送電子郵件給 Humana Inc. 的無差別待遇協調員，請寄送至 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. 的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事處 (Office for Civil Rights) 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。1-800-368-1019, 800-537-7697 (聽障專線)。

此通知可在 [www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure](http://www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure) 取得。

GHHNDN2025HUM

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-320-1235 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-320-1235 (听障专线：711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (聽障專線：711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Form CMS-10802 (Expires 12/31/25)

Form Approved OMB# 0938-1421

**Humana.**

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخططنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (1-877-320-1235 (TTY: 711)). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。



## 瞭解更多



需要幫助您尋找醫生或藥房嗎？您可以在我們的網站上查看本計劃的《**提供者和藥房名錄**》，網址：[Humana.com/Find-Care](http://Humana.com/Find-Care)，或撥打本手冊開頭列出的號碼與我們聯絡，我們會寄一份名錄給您。許多醫生列表都包含 Care Highlight® 評等。這些評等的臨床品質和成本效益可以幫助您根據充分資訊選擇您的健康照護。評等只有在我們有足夠資訊可測量醫師的臨床品質和成本效益時才會顯示。詳情請瀏覽 [Humana.com/CareHighlight](http://Humana.com/CareHighlight)。



您可以在網站上查閱本計劃的《**藥物指南**》，請造訪 [Humana.com/medicaredruglist](http://Humana.com/medicaredruglist)，或撥打本手冊開頭列出的電話號碼與我們聯絡，我們會寄一份指南給您。

除了阿拉斯加州以外，所有州均提供臨床品質和成本效益評等。並不提供所有醫生的評等。Care Highlight 中的資訊僅供參考。會員可至 Humana 網絡中的所有醫師看診，無論該醫生是否有 Care Highlight 評等。評級不應作為選擇醫生的唯一基礎。Humana 不會根據這些評級，以績效為基礎支付款項給醫生。評級並不保證醫療保健照護的品質或結果。

如要進一步瞭解原有的 Medicare 的承保範圍與費用，請參閱目前的《Medicare & You》手冊。您也可以造訪 <http://www.medicare.gov> 線上查閱該手冊，或每週七天、每天 24 小時隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份副本。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

所示的遠程醫療服務是原有的 Medicare 承保遠程醫療的補充內容。您的費用可能與原有的 Medicare 遠程醫療有異。對遠程醫療服務（又稱為虛擬就診或遠程醫療）的限制，因州別而異。這些服務無法取代急診/突發護理，亦無法取代您網絡內的初級保健提供者或其他提供者。任何關於遠程醫療服務使用時機的說明僅供參考，亦不應視為醫療建議。請參閱您的《承保證明》，以瞭解本計劃的可能承保內容或其他適用規則的額外詳細資訊。

除了 C 部分福利和 D 部分福利外，計劃也可能提供補充福利。

所有產品名稱、標誌、品牌及商標均為其各自所有者的財產，任何使用均不表示認可。

B 部分保費減免福利可支付您部分或全部 B 部分保費，且金額可能會根據您為 B 部分支付的金額而改變。

本頁因印刷要求，刻意留白

## 按一下即可獲得更多資訊。

請造訪 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments) 查看本計劃的詳細資料，包括福利和費用。

如果您希望我們將印刷版《承保證明》、《提供者名錄》或《藥物指南》郵寄給您，請前往上述網站，或於每週 7 天、每天 24 小時撥打 **1-800-457-4708 (聽障專線：711)** 索取。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 Guide」(藥物指南) 或「Provider Directory」(提供者名錄)。

## 啟動您的安全 MyHumana 帳戶。

您的線上 MyHumana 帳戶是 Humana 會員的重要部分。您可以隨時使用此帳戶來檢視本計劃的詳細資料，並在線上存取重要的計劃文件，全部都可在同一地方完成。簡單易用，專為您量身打造。

### 已經有帳戶？

前往 [Humana.com/Member/ManageYourAccount](https://www.humana.com/Member/ManageYourAccount) 並登入。

### 還沒有帳戶？

使用上方的相同連結，即可在幾分鐘內完成帳戶建立。

## 接收其他保險產品的相關資訊

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

關於本計劃的重要資訊

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