2027

# 《福利摘要》

## HumanaChoice H5525-087 (PPO)

灣區

舊金山郡及馬林郡

Humana.

我們的服務地區涵蓋加州以下縣份：Marin、San Francisco。

## 投保前確認清單

在做出投保計劃的決定之前，您必須充分瞭解我們的福利和規定。如有任何問題，您可致電 888-873-0686**（聽障專線：711）**與客戶服務代表交談。

### 瞭解福利內容

- ☐ 《承保證明》（EOC）提供所有承保範圍與服務的完整清單。在投保計劃之前，請務必查看計劃的承保範圍、費用和福利。請造訪 **Humana.com/medicare** 或致電 **888-873-0686（聽障專線：711）**以查閱 EOC。
- ☐ 查閱《提供者名錄》（或詢問您的醫生），以確認您目前就診的醫生均在網絡內。如果他們未列於其中，這意味著您可能需要選擇新的醫生。
- ☐ 查閱藥房名冊，以確認您用來配取處方藥的藥房在網絡內。如果該藥房未列於其中，您可能需要為您的處方選擇新的藥房。
- ☐ 查看處方集（《藥物指南》），確認您的藥物在承保範圍內。

### 瞭解重要規定

- ☐ 除每月計劃保費外，您必須繼續繳納 Medicare B 部分保費。此保費通常每月從您的社會安全支票中扣除。
- ☐ 福利、保費及/或共付額/共保額可能於2028年1月1日起有所變更。
- ☐ **對現有承保範圍的影響。**如果您目前已投保 Medicare Advantage 計劃，一旦您的新 Medicare Advantage 承保範圍生效，您目前的 Medicare Advantage 醫療承保將終止。如果您擁有 TRICARE，一旦您的新 Medicare Advantage 承保範圍生效，您的承保可能會受到影響。請聯絡 TRICARE 以獲取更多資訊。如果您擁有 Medigap 計劃，一旦您的 Medicare Advantage 承保範圍生效，您可能需要考慮取消您的 Medigap 保單，因為您將為無法使用的承保範圍付費。
- ☐ 本計劃允許您就診於我們網絡以外的醫療服務提供者（非簽約提供者）。但是，雖然我們將支付承保服務的費用，提供者必須同意為您診治。除緊急或急需情況外，非簽約提供者可能拒絕提供照護。此外，您向非簽約提供者接受服務時，可能須支付較高的共付額/共保額費用。

Humana.

# 關於HumanaChoice H5525-087 (PPO)

透過這本簡明易用的小冊子，進一步瞭解 HumanaChoice H5525-087 (PPO) 計劃，包括其所承保的醫療及藥物服務。

HumanaChoice H5525-087 (PPO) 是與 Medicare 簽訂合約的 Medicare Advantage PPO組織。投保這項 Humana 計劃需視續約情況而定。

所提供的福利資訊是我們承保內容及您應付費用的摘要。本文件並未列出我們承保的每一項服務，也未列出每一項限制或除外條款。如需我們承保服務的完整清單，請參閱我們網站上的計劃《承保證明》，網址為 **Humana.com/PlanInformation**。

## 資格要求

若要加入 HumanaChoice H5525-087 (PPO)，您必須具備 Medicare A 部分的資格、已投保 Medicare B 部分，並居住於我們的服務地區內。

## 計劃名稱

HumanaChoice H5525-087 (PPO)

## 聯絡我們

若您是本計劃的會員，請撥打免費電話：**800-457-4708 （聽障專線：711）。**

如果您**不是**本計劃的會員，請撥打免費電話：**888-873-0686**（聽障專線：711）。

您可以每週七天、上午8時至晚上8時致電我們。請注意，我們的自動電話系統可能會在週末和假日接聽您的來電。

或造訪我們的網站：
**Humana.com/Medicare**

## 更多關於 HumanaChoice H5525-087 (PPO) 的資訊

您同時擁有聯邦醫療保險（Medicare）和州醫療補助計劃（Medicaid）嗎？如果您是同時投保聯邦醫療保險（Medicare）和您所在州的州醫療補助計劃（Medicaid）的雙重資格受益人，您可能無需支付本手冊中列示的醫療費用，且您的處方藥費用也可能較低。

如果您有州醫療補助計劃（Medicaid），請務必在出示 Humana 會員卡的同時出示您的州醫療補助計劃（Medicaid）識別卡，以便讓您的醫療服務提供者知悉您可能擁有額外的承保。您的服務費用將首先由 Humana 支付，然後再由州醫療補助計劃（Medicaid）支付。

作為會員，建議您選擇一位醫生作為您的初級保健提供者 (PCP)。 HumanaChoice H5525-087 (PPO) 擁有由醫生、醫院、藥房及其他醫療服務提供者組成的網絡。

## 健康夥伴關係

善用本計劃——享受 Humana 提供的額外服務與資源！

## 每月保費、免賠額及限額

| 計劃費用 | |
|---|---|
| **每月計劃保費** | **$96**<br>若您獲得保費補助，本計劃保費或可相應減少。您必須繼續繳納 Medicare B 部分保費。 |
| **醫療免賠額** | 合併為 **$850**<br>以下列出的服務不包括在合併網絡內和網絡外的免賠額中：<br><br>僅限網絡內：<br>救護車服務<br>化療藥物及給藥<br>連續血糖監測儀<br>糖尿病監測耗材<br>診斷性結腸鏡檢查<br>診斷性乳房攝影<br>耐用醫療設備<br>實驗室服務<br>其他 Medicare B部分藥物<br>門診輸血服務<br>門診治療（職能治療、<br>物理治療及語言治療）<br>初級保健醫師診所<br>專科醫生診所<br><br>網絡內及網絡外均適用：<br>急診室服務<br>Medicare 承保的預防性服務<br>Medicare B部分胰島素藥物<br>急需護理中心的急需服務<br>原始 Medicare 未承保的服務（即補充福利） |
| **藥房（D部分）免賠額** | **$0** 第 1 級及第 2 級藥物免賠額<br>**$700** 第 3 級、第 4 級及第 5 級藥物免賠額 |
| **醫療自付費用上限** | **$7,150** (網絡內)<br>**$10,750** (合併網絡內與網絡外)<br>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。 |

您無需轉介即可接受計劃提供者的承保服務。本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結將帶您前往可能受事先授權約束的項目及服務清單： ***Humana.com/PAL***。

Humana.

# 醫療福利

| | 網絡內 | 網絡外 |
|---|---|---|
| **住院承保** | | |
| 本計劃承保住院期間無限制的住院天數 | 第 1-5 日每天共付額 **$350**<br>第 6-90 日每天共付額 **$0** | 費用的 **45%** |
| **門診醫院承保** | | |
| **診斷性結腸鏡檢查** | 共付額 **$0** | 共付額 **$0** |
| **診斷性乳房攝影** | 共付額 **$0** | 共付額 **$0** |
| **外科手術服務** | **$450** 共付額 | 費用的 **50%** |
| **門診外科手術中心** | | |
| **診斷性結腸鏡檢查** | 共付額 **$0** | 共付額 **$0** |
| **外科手術服務** | **$375** 共付額 | 費用的 **50%** |
| **醫生門診** | | |
| **初級保健提供者（PCP）** | | |
| • 初級保健醫師診所 | 共付額 **$0** | **$25** 的共付額 |
| • 遠程醫療 | 共付額 **$0** | **不承保** |
| **專科醫生** | | |
| • 專科醫生診所 | **$45** 的共付額 | 費用的 **40%** |
| • 遠程醫療 | **$45** 的共付額 | **不承保** |
| **預防性保健** | | |
| 此計劃承保所有 Medicare 預防性服務，包括： | 共付額 **$0** | 共付額 **$0** |
| **癌症篩查** | | |
| • 乳癌篩查（乳房攝影） | | |
| • 子宮頸癌及陰道癌篩查 | | |
| • 大腸直腸癌篩檢 | | |
| • 肺癌篩檢 | | |
| • 前列腺癌篩檢 | | |
| **心血管（心臟）護理** | | |
| • 腹主動脈瘤篩檢 | | |
| • 心血管疾病風險降低就診 | | |
| • 心血管疾病篩檢 | | |
| **糖尿病護理** | | |
| • 糖尿病篩檢 | | |
| • 糖尿病自我管理訓練 | | |
| • Medicare 糖尿病預防計劃（MDPP） | | |
| **飲食指導與支持** | | |
| • 醫療營養治療 | | |

您無需轉介即可接受計劃提供者的承保服務。本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結將帶您前往可能受事先授權約束的項目及服務清單： ***Humana.com/PAL***。

# 醫療福利（續）

| | 網絡內 | 網絡外 |
|---|---|---|

- 肥胖篩檢與治療

**常規篩查及免疫接種**
- 年度健康訪視（AWV）
- 免疫接種
- 例行體檢
- 「Welcome to Medicare」預防就診

**篩查及諮詢服務**
- 骨質密度測量
- 憂鬱症篩檢
- 青光眼篩檢
- HIV 篩檢
- 篩查及諮詢以減少酒精濫用
- 性傳播感染（STIs）篩查和諮詢
- 戒菸及戒菸草使用（戒菸或戒菸草使用諮詢）

在合約年度內，Medicare 核准的任何額外預防性服務均將獲得給付。

您無需轉介即可接受計劃提供者的承保服務。本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結將帶您前往可能受事先授權約束的項目及服務清單： ***Humana.com/PAL***。

Humana.

# 醫療福利（續）

| | 網絡內 | 網絡外 |
|---|---|---|
| **緊急照護** | | |
| **急診室的急診服務**<br>若您在24小時內因相同病況入住同一醫院，您為所接受的緊急護理支付$0。當會員被安排於觀察留院時，會員支付觀察留院的分攤費用，而非急診室的分攤費用。 | **$130** 共付額 | **$130** 共付額 |
| **急需服務** | | |
| • **遠程**醫療 | **$50** 共付額 | **不承保** |
| • **急需護理中心**<br>急需服務係為治療非緊急、突發性疾病、傷害或需要立即就醫之病況而提供。 | **$50** 共付額 | **$50** 共付額 |
| **全球承保** | | |
| • **緊急救護車** | | 每次服務日期的共付額 **$325** |
| • **急診室 - 醫院** | | **$130** 共付額 |
| • **急需護理中心**<br>若您在美國及其領地以外的地區遭遇緊急情況或需要急需服務，您須負責預先支付所提供服務的費用，並可申請報銷。如果您因同一病症在24小時內入住同一家醫院，您就所接受的緊急護理支付 $0。 | | **$50** 共付額 |
| **診斷服務、化驗及影像檢查** | | |
| **進階影像服務（磁振造影、磁振血管造影、正子電腦斷層掃描及電腦斷層掃描）** | | |
| • 獨立放射科機構 | **$205** 的共付額 | 費用的 **50%** |
| • 門診醫院 | **$345** 的共付額 | 費用的 **50%** |
| • 初級保健醫師診所 | **$330** 的共付額 | 費用的 **50%** |
| • 專科醫生診所 | **$330** 的共付額 | 費用的 **50%** |

您無需轉介即可接受計劃提供者的承保服務。本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結將帶您前往可能受事先授權約束的項目及服務清單： ***Humana.com/PAL***。

## 醫療福利（續）

| | 網絡內 | 網絡外 |
|---|---|---|
| **基本放射線檢查服務（X光）** | | |
| • 獨立放射科機構 | **$40** 共付額 | 費用的 **50%** |
| • 門診醫院 | **$145** 共付額 | 費用的 **40%** |
| • 初級保健醫師診所 | 共付額 **$0** | **$25** 的共付額 |
| • 專科醫生診所 | **$45** 的共付額 | 費用的 **40%** |
| • 急需護理中心 | **$50** 共付額 | **$50** 共付額 |
| **診斷性乳房攝影** | | |
| • 獨立放射科機構 | 共付額 **$0** | 共付額 **$0** |
| • 專科醫生診所 | 共付額 **$0** | 共付額 **$0** |
| **診斷程序及檢查** | | |
| • 門診醫院 | **$50** 共付額 | 費用的 **50%** |
| • 初級保健醫師診所 | 共付額 **$0** | 費用的 **50%** |
| • 專科醫生診所 | **$45** 的共付額 | 費用的 **40%** |
| • 急需護理中心 | **$50** 共付額 | **$50** 共付額 |
| **化驗室服務** | | |
| • 獨立實驗室 | 共付額 **$0** | **$10** 共付額 |
| • 門診醫院 | 共付額 **$0** | **$10** 共付額 |
| • 初級保健醫師診所 | 共付額 **$0** | 費用的 **50%** |
| • 專科醫生診所 | 共付額 **$0** | **$10** 共付額 |
| • 急需護理中心 | 共付額 **$0** | **$50** 共付額 |
| **核子醫學及相關服務** | | |
| • 獨立放射科機構 | **$200** 共付額 | 費用的 **50%** |
| • 門診醫院 | **$325** 共付額 | 費用的 **50%** |
| **睡眠研究** | | |
| • 會員住所 | 共付額 **$0** | 費用的 **50%** |
| • 門診醫院 | **$175** 共付額 | 費用的 **50%** |
| • 專科醫生診所 | **$100** 共付額 | 費用的 **40%** |
| **治療性放射線治療（放射療法）** | | |
| • 獨立放射科機構 | 費用的**20%** | 費用的 **50%** |
| • 門診醫院 | 費用的**20%** | 費用的 **50%** |
| • 專科醫生診所 | **$45** 的共付額 | 費用的 **40%** |

您無需轉介即可接受計劃提供者的承保服務。本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結將帶您前往可能受事先授權約束的項目及服務清單： ***Humana.com/PAL***。

Humana.

# 醫療福利（續）

| | 網絡內 | 網絡外 |
|---|---|---|

## 聽力服務

| **Medicare 承保之聽力服務** | **$45** 的共付額 | 費用的 **40%** |
|---|---|---|
| **強制補充聽力福利** | **HER127**<br>• 每年最多 1 次的助聽器驗配及例行聽力檢查，共付額 **$0**。<br>• **$0** 共付額，適用於後續追蹤就診，每年最多 3 次。<br>• 每個第 1 級處方助聽器共付額為 **$499**，每耳每年最多給付 1 個。<br>• 每個第 2 級處方助聽器共付額為 **$725**，每耳每年最多給付 1 個。<br>• 備註：每件非充電式助聽器包含 3 年電池（每耳每年最多 60 顆電池）及 3 年保固。<br>• 購買助聽器後第一年內，可至原提供者處進行一次驗配及三次後續追蹤就診。 | **HER127**<br>• 常規聽力檢查每年最多1次，您需支付費用的**95%**。<br>• 每年最多 1 次驗配費用的 **95%**。<br>• 後續複診每年最多3次，您需支付費用的**95%**。<br>• 每隻耳朵每年最多1個處方助聽器，您需支付費用的**95%**。<br>• 使用網絡外提供者時，會員須在服務時自付全額費用。<br>• 如需就符合資格的項目／服務向 Humana 申請報銷，會員須提交所需文件。<br>• 報銷金額將以符合資格項目／服務的允許金額之 **5%** 為上限。<br>• 在網絡外獲得的福利受任何網絡內福利最高限額、限制和/或除外條款的約束。 |

## 牙科服務

| **Medicare 承保的牙科服務** | **$45** 的共付額 | 費用的 **40%** |
|---|---|---|
| **強制補充牙科福利**<br>限制及除外條款可能適用。請參閱您的《承保證明》文件（EOC）以瞭解詳細資訊。<br><br>**<u>福利限額</u>**<br>• 提交的申請理賠須經過審查程序，可能包括臨床審查及牙科病歷審查，以核准給付。 | **DENH58**<br>• 牙冠重新黏固每2年最多1次，費用的**0%**。<br>• 根管再治療每顆牙終身最多1次，費用的**0%**。<br>• 牙橋黏合重置每年最多 1 次，費用的 **0%**。<br>• 口腔手術每年最多2次，費用的 **0%**。 | **DENH58**<br>• 牙冠重新黏固每2年最多1次，費用的**0%**。<br>• 根管再治療每顆牙終身最多1次，費用的**0%**。<br>• 牙橋黏合重置每年最多 1 次，費用的 **0%**。<br>• 口腔手術每年最多2次，費用的 **0%**。 |

您無需轉介即可接受計劃提供者的承保服務。本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結將帶您前往可能受事先授權約束的項目及服務清單： ***Humana.com/PAL***。

# 醫療福利（續）

| | 網絡內 | 網絡外 |
|---|---|---|
| • 本計劃的牙科福利可能未承保所有美國牙科協會（ADA）的處置代碼。任何未列出的所接受服務將不在計劃給付範圍內，須由會員自行負責。<br>• 會員須自行負擔超出年度最高福利金額的部分。<br>• 福利以日曆年度為基礎提供。任何未使用的金額都會在年底到期。有關每項計劃的資訊，請瀏覽 **Humana.com/sb .**<br><br>**網絡內提供者**<br>• 網絡內牙醫已同意按合約費率（依據網絡內費用表，即INFS）提供承保服務。 | • 牙周維護每年最多4次，費用的**0%**。<br>• 每 3 年最多 1 次全面口腔檢查或牙周病檢查，共付額為 **$0**。<br>• 每 5 年最多 1 次環口 X 光或診斷性 X 光，共付額為 **$0**。<br>• **$0** 共付額，適用於咬翼X光，每年最多 1 次。<br>• **$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。<br>• **$0** 共付額，適用於口內X光，每年最多 6 次。<br>• 費用的**50%**，適用於汞合金及/或複合樹脂填補每顆牙齒每面，每 2 年最多 1 次。<br>• 齒齦下刮除及根面整平（深層清潔）每象限每3年最多1次，費用的**50%**。<br>• 咬合調整每3年最多1次，費用的**50%**。 | • 牙周維護每年最多4次，費用的**0%**。<br>• 每 3 年最多 1 次全面口腔檢查或牙周病檢查，共付額為 **$0**。<br>• 每 5 年最多 1 次環口 X 光或診斷性 X 光，共付額為 **$0**。<br>• **$0** 共付額，適用於咬翼X光，每年最多 1 次。<br>• **$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。<br>• **$0** 共付額，適用於口內X光，每年最多 6 次。<br>• 費用的**50%**，適用於汞合金及/或複合樹脂填補每顆牙齒每面，每 2 年最多 1 次。<br>• 齒齦下刮除及根面整平（深層清潔）每象限每3年最多1次，費用的**50%**。<br>• 咬合調整每3年最多1次，費用的**50%**。 |
| • 若會員前往參與網絡的牙醫就診，會員不得被收取超過議定費用表的費用（但任何適用的共保額付款仍須支付）。就診網絡內提供者可能可節省大量費用。強制補充牙科福利由 Humana Dental Medicare Network 提供。我們全國性網絡的提供者查詢工具可在以下網址找到 **Humana.com/FindCare 。**<br><br>**網絡外提供者**<br>• 網絡外的牙醫未同意按合約費率提供服務。 | • 牙冠-烤瓷熔附高貴金屬、牙冠-烤瓷熔附貴金屬、牙冠-烤瓷/全瓷、其他修復服務-核心堆塑及預製樁核費用的**50%**，每顆牙齒每5年最多1次。<br>• 橋體費用的**50%**，每5年最多1個。<br>• 橋冠-烤瓷熔附高貴金屬、橋冠-烤瓷熔附貴金屬、橋冠-烤瓷/全瓷費用的**50%**，每5年最多2個。<br>• 根管治療、簡單或外科拔牙每顆牙終身最多1次，費用的**50%**。<br>• 於承保服務中使用必要笑氣/鎮痛藥每次就診最多1單位，費用的**50%**。 | • 牙冠-烤瓷熔附高貴金屬、牙冠-烤瓷熔附貴金屬、牙冠-烤瓷/全瓷、其他修復服務-核心堆塑及預製樁核費用的**50%**，每顆牙齒每5年最多1次。<br>• 橋體費用的**50%**，每5年最多1個。<br>• 橋冠-烤瓷熔附高貴金屬、橋冠-烤瓷熔附貴金屬、橋冠-烤瓷/全瓷費用的**50%**，每5年最多2個。<br>• 根管治療、簡單或外科拔牙每顆牙終身最多1次，費用的**50%**。 |

您無需轉介即可接受計劃提供者的承保服務。本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結將帶您前往可能受事先授權約束的項目及服務清單： ***Humana.com/PAL***。

Humana.

## 醫療福利（續）

| | 網絡內 | 網絡外 |
|---|---|---|
| • 網絡外醫療服務提供者可能向會員收取超出保險計劃給付金額的費用，即使是列明無需會員自付費用的服務亦然。會員須負責支付 Humana 報銷金額與網絡外提供者收費之間的差額。這稱為差額收費。<br>• 在網絡外獲得的福利受任何網絡內福利最高限額、限制和/或除外條款的約束。<br>• 會員可能會收到網絡外提供者的帳單，金額為超出 Humana 給付金額的部分， | • 中度發炎洗牙每年最多1次，費用的**50%**。<br>• 疼痛緊急治療及於承保服務中使用必要全身麻醉每年最多2次，費用的**50%**。<br>• 於承保服務中使用必要分次麻醉，依承保代碼每年視需要而定，費用的**50%**。<br>• 所有項目每年合併最高福利金額為 **$1,000** | • 於承保服務中使用必要笑氣/鎮痛藥每次就診最多1單位，費用的 **50%**。<br>• 中度發炎洗牙每年最多1次，費用的**50%**。<br>• 疼痛緊急治療及於承保服務中使用必要全身麻醉每年最多2次，費用的**50%**。<br>• 於承保服務中使用必要分次麻醉，依承保代碼每年視需要而定，費用的**50%**。<br>• 所有項目每年合併最高福利金額為 **$1,000** |
| 醫療服務提供者。請參閱上文瞭解尋找醫療服務提供者的操作說明。<br><br>**<u>醫療服務提供者費用報銷</u>**<br>• 網絡內提供者同意直接向我們收費。若非本計劃網絡內的醫療服務提供者<br>不願直接向本計劃請款，<br>您可能需要先自行墊付費用，<br>再提交報銷申請。<br>• 共保額水準將適用於您所在地區的平均議定網絡內費用表（INFS）。<br>• 請參閱您的《承保證明》書第2章「付款申請聯絡資訊」，<br>或造訪 **Humana.com**<br>以瞭解申請報銷的相關資訊。 | 診斷／預防性及綜合性福利項目。 | 診斷／預防性及綜合性福利項目。<br>• 在網絡外獲得的福利受任何網絡內福利最高限額、限制和/或除外條款的約束。 |

### 視力服務

| | | |
|---|---|---|
| **眼鏡（白內障術後）** | 共付額 **$0** | 費用的 **50%** |
| **Medicare 承保的糖尿病眼部檢查** | 共付額 **$0** | 共付額 **$0** |

您無需轉介即可接受計劃提供者的承保服務。本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結將帶您前往可能受事先授權約束的項目及服務清單： ***Humana.com/PAL***。

# 醫療福利（續）

| | 網絡內 | 網絡外 |
|---|---|---|
| **Medicare 承保的視力服務**<br>Medicare 承保視力服務的醫療服務提供者查詢，<br>請造訪 **Humana.com/FindCare**。 | **$45** 的共付額 | 費用的 **40%** |
| **強制補充視力給付福利**<br>請告知網絡內醫療服務提供者，您是 Humana Medicare Insight Network 的會員。注意：您透過 Humana Medicare Insight Network 所享有的補充視力福利之醫療服務提供者網絡，可能 | **VIS752**<br>• **$0** 共付額，適用於例行檢查，每年最多1次。<br>• 每年例行檢查的綜合最高福利金額為 **$75**。<br>• 每年隱形眼鏡或相關項目的最高福利金額為 **$150** | **VIS752**<br>• **$0** 共付額，適用於例行檢查，每年最多1次。<br>• 每年例行檢查的綜合最高福利金額為 **$75**。<br>• 每年隱形眼鏡或相關項目的綜合最高福利金額為 **$150** |
| 與 Medicare 承保視力福利的醫療服務提供者網絡有所不同。提供者查詢工具可於 **Humana.com/FindCare** 找到。福利依零售價格計算。會員須自行負擔超過計劃核准金額以上的任何費用。遺失或損壞的材料不在承保範圍內。此福利每年限使用一次。任何剩餘的福利金額均不得「結轉」至日後使用。鏡片選項可享有每年最多一副的福利給付金額。福利以日曆年度為基礎提供。任何未使用的金額都會在年底到期。針對補充福利支付的共付額、共保額和免賠額不會計入您的最大自付費用。 | 眼鏡（鏡片及鏡框）、眼鏡（鏡片及鏡框）驗配服務。<br>• 或<br>• 每年在PLUS Provider處用於隱形眼鏡或眼鏡（鏡片及鏡框）、眼鏡（鏡片及鏡框）驗配服務的最高福利金額為**$250**。<br>• 眼鏡鏡片選項可在最高福利金額範圍內提供，每年最多1副。<br>• 最高福利金額每年限使用一次。<br>• 最高福利金額不得合併計算。<br>PLUS providers屬於Humana Medicare Insight Network的一部分，將在以下網址的提供者查詢搜尋結果中顯示PLUS Provider標示 **Humana.com/FindCare** 。 | 眼鏡（鏡片及鏡框）、眼鏡（鏡片及鏡框）驗配服務。<br>• 眼鏡鏡片選項可在最高福利金額範圍內提供，每年最多1副。<br>• 最高福利金額每年限使用一次。<br>• 在網絡外獲得的福利受任何網絡內福利最高限額、限制和/或除外條款的約束。<br>• 最高福利金額不得合併計算。 |
| **心理健康服務** | | |
| **住院**<br>本計劃承保在精神科醫院接受住院心理健康照護，終身最多190天 | 第 1-5 日每天共付額 **$350**<br>第 6-90 日每天共付額 **$0** | 費用的 **45%** |

您無需轉介即可接受計劃提供者的承保服務。本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結將帶您前往可能受事先授權約束的項目及服務清單： ***Humana.com/PAL***。

Humana.

# 醫療福利（續）

| | 網絡內 | 網絡外 |
|---|---|---|
| **心理健康治療門診** | | |
| • 門診醫院 | **$35** 共付額 | 費用的 **40%** |
| • 專科醫生診所 | **$35** 共付額 | 費用的 **40%** |
| • 遠程醫療 | **$35** 共付額 | **不承保** |
| **門診藥物濫用服務** | | |
| • 門診醫院 | **$35** 共付額 | 費用的 **40%** |
| • 專科醫生診所 | **$35** 共付額 | 費用的 **40%** |
| • 遠程醫療 | **$35** 共付額 | **不承保** |
| **專業護理機構（SNF）** | | |
| 本計劃承保在專業護理機構最多100天的住院 | 第 1-20 日每天共付額 **$10**<br>第 21-100 日每天共付額 **$221** | 第 1-100 天費用的**45%** |
| **救護車** | | |
| **航空** | 每次服務日期的共付額 **$1800** | 每次服務日期的共付額 **$1800** |
| **陸上** | 每次服務日期的共付額 **$325** | 每次服務日期的共付額 **$325** |
| **交通運輸** | | |
| | **不承保** | **不承保** |
| **MEDICARE B 部分**藥物<br>部分可返還退款的B 部分藥物可能適用較低的共保額比例。 | | |
| **過敏注射及血清** | | |
| • 初級保健醫師診所 | **$0** 共付額 | 費用的 **50%** |
| • 專科醫生診所 | **$0** 共付額 | 費用的 **50%** |
| **化療藥物** | | |
| • 門診醫院 | 費用的 **20%** | 費用的 **50%** |
| • 專科醫生診所 | 費用的 **20%** | 費用的 **50%** |
| **其他B部分藥物** | | |
| • 門診醫院 | 費用的**20%** | 費用的 **50%** |
| • 初級保健醫師診所 | 費用的**20%** | 費用的 **50%** |
| • 藥房 | 費用的**20%** | 費用的 **40%** |
| • 專科醫生診所 | 費用的**20%** | 費用的 **50%** |

您無需轉介即可接受計劃提供者的承保服務。本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結將帶您前往可能受事先授權約束的項目及服務清單： ***Humana.com/PAL***。

# 醫療福利（續）

| | 網絡內 | 網絡外 |
|---|---|---|
| **B部分胰島素** | | |
| • 門診醫院 | 費用的**20%** | 費用的 **50%** |
| • 初級保健醫師診所 | 費用的**20%** | 費用的 **50%** |
| • 藥房 | 費用的**20%** | 費用的 **40%** |
| • 專科醫生診所 | 費用的**20%** | 費用的 **50%** |
| 您每月（最多30天）供應量的每種本計劃承保的胰島素產品，費用不會超過 **$35**。 | | |

您無需轉介即可接受計劃提供者的承保服務。本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結將帶您前往可能受事先授權約束的項目及服務清單： ***Humana.com/PAL***。

Humana.

# 處方藥福利

| 計劃重點 | |
|---|---|
| **$0 共付額** | **$0** 共付額適用於選定的藥房地點和等級。其他詳細資訊請見下方。 |
| **免賠額** | 第 1 級及第 2 級適用 **$0** 免賠額 |
| **胰島素費用** | 您每月（最多30天）供應量的每種本計劃承保的胰島素產品，費用不會超過 **$35**。 |
| **100天供應量** | 符合資格的藥物最多可提供100天供應量 |
| **除外藥物承保** | 以下項目的額外藥物承保：<br>勃起功能障礙（ED）藥物<br>處方維他命 |
| **$0 疫苗** | 免疫實踐諮詢委員會（ACIP）建議的成人 D 部分承保疫苗，共付額為 **$0** |

## 免賠額

第 1 級及第 2 級藥物適用**$0**免賠額。本計劃對第 3 級、第 4 級及第 5 級藥物適用 **$700** 免賠額。在您達到 **$700** 之前，您須自行支付這些藥物的全額費用。之後，您僅需支付您的分攤費用額，進入初始承保階段。

## 初始承保

在您的自付費用總額達到 **$2,400** 之前，您須支付以下費用。一旦達到此金額，您將進入重大傷病保險階段。

### 藥房分攤費用

| | **零售分攤費用**<br>包含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**<br>CenterWell Pharmacy ® | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **供應天數** | **30天** | **100天*** | **30天** | **100天*** | **30天** | **100天*** |
| **第 1 級：**首選非品牌藥物 | $0 | $0 | $10 | $30 | $0 | $0 |
| **第 2 級：**非品牌藥物 | $4 | $12 | $20 | $60 | $4 | $0 |
| **第 3 級：**首選品牌藥 | 19% | 19% | 19% | 19% | 19% | 17% |
| **第 4 級：**非首選藥物 | 30% | 30% | 30% | 30% | 30% | 30% |
| **第 5 級：**特殊等級 | 25% | 不適用 | 25% | 不適用 | 25% | 不適用 |

您可以透過多種方式取得處方藥，包括透過零售藥房及郵購藥房。對於 Humana 計劃，CenterWell Pharmacy® 是具有分攤費用優惠的首選郵購藥房。如需瞭解更多資訊，請造訪 **CenterWellPharmacy.com**。

網絡內還有其他藥房可供選擇。如需查詢網絡內可用的藥房，請前往 **Humana.com/pharmacyfinder**。

*部分藥物僅限供應30天的藥量，其他藥物可能符合最多供應100天藥量的資格。

## 胰島素分攤費用

| | 零售分攤費用<br>包含所有網絡內零售藥房 | | 標準郵購<br>分攤費用 | | 首選郵購<br>分攤費用<br>CenterWell Pharmacy ® | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **供應天數** | **30天** | **100天*** | **30天** | **100天*** | **30天** | **100天*** |
| **第 1 級：**首選非品牌藥物 | $0 | $0 | 25%，最高 $10 | 25%，最高 $30 | $0 | $0 |
| **第 2 級：**非品牌藥物 | 18%，最高 $4 | 18%，上限為 $12 | 18%，最高 $20 | 18%，上限為 $60 | 18%，最高 $4 | $0 |
| **第 3 級：**首選品牌藥 | 19%，最多可達 $35 | 19%，最多可達 $105 | 19%，最多可達 $35 | 19%，最多可達 $105 | 19%，最多可達 $35 | 17%，最高 $105 |
| **第 4 級：**非首選藥物 | 25%，最多可達 $35 | 25%，最高 $105 | 25%，最多可達 $35 | 25%，最高 $105 | 25%，最多可達 $35 | 25%，最高 $105 |
| **第 5 級：**特殊等級 | 25%，最多可達 $35 | 不適用 | 25%，最多可達 $35 | 不適用 | 25%，最多可達 $35 | 不適用 |

*並非所有等級均包含胰島素。請參閱您的《處方藥指南》以確認胰島素承保。無論分攤費用等級為何，即使您尚未支付您的免賠額，您為計劃承保的每種胰島素產品每月（最多30天）供應量所支付的費用不會超過 **$35**。

網絡內還有其他藥房可供選擇。如需查詢網絡內可用的藥房，請前往 **Humana.com/pharmacyfinder**。

*部分藥物僅限供應30天的藥量，其他藥物可能符合最多供應100天藥量的資格。

## 重大傷病承保

當您的自付費用總額達到 **$2,400** 後，您就計劃承保的 D 部分藥物及除外藥物支付 **$0**。

| **除外藥物承保** | |
|---|---|
| **勃起功能障礙（ED）藥物** | 特定藥物依第 1 級自付費用承保。 |
| **處方維他命** | 特定藥物依第 1 級自付費用承保。 |

*如需有關不承保藥物的詳細資訊，請參閱您的《承保證明》（Evidence of Coverage）。

## 額外幫助 (Extra Help)

如果您獲得藥物的額外幫助 (Extra Help)，您將有 **$0** 的免賠額。

在達到您的年度 **$2,400** 自付費用上限之前，您將根據您的額外幫助 (Extra Help) 等級支付以下其中一項：

- **$5.80** 適用於非品牌藥物／首選多來源藥物或生物相似藥；**$14.40** 適用於其他任何藥物；或
- **$1.65** 適用於非品牌藥物/首選多來源藥物或生物相似藥；**$5.00** 適用於任何其他藥物；或
- **$0** 適用於所有藥物

Humana.

達到您的年度 **$2,400** 自付費用上限後，無論您所獲得的額外幫助 (Extra Help) 等級為何，您在該日曆年度的剩餘時間內將支付 **$0**。更多資訊將載於您的低收入補助 (LIS) 附加條款中。

分攤費用可能因您所選擇的藥房、您進入D部分福利的另一階段時，以及您是否符合額外幫助 (Extra Help) 資格而有所變化。如需瞭解您是否符合額外幫助 (Extra Help) 的資格，請致電 800-772-1213（聽障專線：800-325-0778）聯絡社會安全局，服務時間為週一至週五，上午 7 時至下午 7 時。如需瞭解更多有關您的處方藥福利的資訊，請致電我們或在線查閱您的《承保證明》。

如果您居住在網絡內的長期照護機構，您所支付的費用與在網絡內零售藥房所支付的費用相同。在某些情況下，您或許可以從網絡外藥房取得藥物，但所支付的費用可能高於在網絡內藥房所支付的費用。

## 額外福利

| | 網絡內 | 網絡外 |
|---|---|---|
| **針灸服務（Medicare 給付項目）** | 針對慢性下背痛針灸就診，每年最多 20 次，您需支付 **$45** 的共付額。 | 針對慢性下背痛針灸就診，每年最多 20 次，您需支付 **$45** 的共付額。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。 |
| **脊椎按摩治療服務（Medicare 給付項目）** | **$15** 共付額 | 費用的 **40%** |
| **足部醫療服務（Medicare 給付項目）** | **$45** 的共付額 | 費用的 **40%** |
| **醫療設備／用品** | | |
| **連續血糖監測儀（CGM）** | | |
| • 耐用醫療設備供應商 | 共付額 **$0** | 費用的 **50%** |
| • 藥房 | 共付額 **$0** | 費用的 **50%** |
| • 首選藥房 | 共付額 **$0** | **不承保** |
| **糖尿病監測用品** | | |
| • 糖尿病用品供應商 | 費用的 **10%** | 費用的 **50%** |
| • 網絡零售藥房 | 費用的 **10%** | 費用的 **15%** |
| • 首選糖尿病用品供應商 | 共付額 **$0** | **不承保** |
| **耐用醫療設備（DME）** | 費用的 **17%** | 費用的 **50%** |
| **醫療供應商處之醫療用品供應商** | 費用的 **17%** | 費用的 **50%** |
| **義肢裝置及相關義肢提供者處之用品** | 費用的 **17%** | 費用的 **50%** |
| **復健服務** | | |
| **心臟復健服務** | | |
| • 門診醫院 | **$0** 共付額 | 費用的 **50%** |
| • 專科醫生診所 | **$0** 共付額 | 費用的 **50%** |
| **職能治療** | | |
| • 綜合門診復健機構 | **$40** 共付額 | 費用的 **40%** |
| • 門診醫院 | **$40** 共付額 | 費用的 **40%** |
| • 專科醫生診所 | **$40** 共付額 | 費用的 **40%** |

您無需轉介即可接受計劃提供者的承保服務。本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結將帶您前往可能受事先授權約束的項目及服務清單： ***Humana.com/PAL***。

Humana.

## 額外福利（續）

| | 網絡內 | 網絡外 |
|---|---|---|
| **物理治療** | | |
| • 綜合門診復健機構 | **$40** 共付額 | 費用的 **40%** |
| • 門診醫院 | **$40** 共付額 | 費用的 **40%** |
| • 專科醫生診所 | **$40** 共付額 | 費用的 **40%** |
| **肺部復健** | | |
| • 門診醫院 | **$0** 共付額 | 費用的 **50%** |
| • 專科醫生診所 | **$0** 共付額 | 費用的 **50%** |
| **語言治療** | | |
| • 綜合門診復健機構 | **$40** 共付額 | 費用的 **40%** |
| • 門診醫院 | **$40** 共付額 | 費用的 **40%** |
| • 專科醫生診所 | **$40** 共付額 | 費用的 **40%** |
| **監督式運動療法（SET）用於周邊動脈疾病（PAD）** | | |
| • 門診醫院 | **$0** 共付額 | 費用的 **50%** |
| • 專科醫生診所 | **$0** 共付額 | 費用的 **50%** |

您無需轉介即可接受計劃提供者的承保服務。本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結將帶您前往可能受事先授權約束的項目及服務清單： ***Humana.com/PAL***。

# 此計劃提供更多福利

享受此計劃中包含的一些額外福利。
這是我們承保內容的摘要。本文件並未列出我們承保的每一項服務，也未列出每一項限制或除外條款。《承保證明》（EOC）提供完整的承保範圍及服務清單。請造訪 **Humana.com/PlanInformation** 查閱《承保證明》(EOC) 副本，或致電 **888-873-0686**。

**旅行承保**
PPO 全國網絡為您提供全國範圍內的網絡內承保，您可以就診於任何接受本計劃條款及條件的醫師。您將能夠輕鬆出行，或在不同地點之間靈活分配時間。請造訪 **Humana.com**，或聯絡您 ID 卡背面的客戶服務，以獲得尋找網絡內醫療服務提供者的協助。

**Humana Well Dine® 餐點計劃**
Humana Well Dine® 送餐計劃的共付額為 **$0**。

在您於醫院或護理機構住院後，您可能有資格每天收到 2 份送到府的餐點，持續 7 天（最多 14 份餐點）。

餐點必須在住院出院後 30 天內提出申請。

每年限 4 次。

網絡外：當您使用網絡外醫療服務提供者時，您須在服務當時自行支付全額費用。 Humana 將按符合資格的項目/服務的允許金額的5%向您報銷。

如需就符合條件的項目/服務向Humana申請報銷，會員必須提交所需文件。

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。

**獎勵與激勵措施 - Go365® by Humana**
完成符合資格的健康活動，例如預防性篩檢和檢查，即可獲得 Go365 Plus 獎勵。

Humana.

# 瞭解更多

需要協助尋找醫生或藥房嗎？您可以在我們的網站 **Humana.com/FindCare** 查閱本計劃的**提供者及藥房名錄**，或致電本手冊開頭所列的號碼，我們將為您寄送一份。許多醫生名單包含 Care Highlight® 評級。這些臨床品質方面的評級以及成本效益評級，可幫助您就醫療保健做出明智的選擇。評級僅在我們擁有足夠資訊來衡量醫生的臨床品質及成本效益時才會顯示。瞭解更多請瀏覽 **Humana.com/CareHighlight**。

您可以在我們的網站 **Humana.com/druglist** 查看此計劃的**《藥物指南》**，或致電本手冊開頭所列的號碼聯絡我們，我們將為您寄送一份。

臨床品質及成本效益評級適用於除阿拉斯加州以外的所有州。評級並非適用於所有醫生。 Care Highlight僅供參考之用。會員可使用Humana網絡中的所有醫生，無論該醫生是否擁有Care Highlight評級。評級不應作為選擇醫生的唯一依據。 Humana不會根據這些評級向醫生提供績效獎勵。評級不保證醫療服務的品質或結果。

如需瞭解更多關於原始 Medicare 的承保範圍和費用，請查閱最新的《Medicare 與您》手冊。請在 http://www.medicare.gov 線上瀏覽，或致電1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）索取副本，服務時間為每天24小時，每週七天。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。

所示的遠程醫療服務是在原始 Medicare 承保的遠程醫療之外額外提供的。您在原始 Medicare 遠程醫療方面的費用可能有所不同。遠程醫療服務（亦稱為線上就診或電子醫療）的限制因州而異。這些服務無法代替急診/突發護理，也無法取代您的初級保健提供者或您網絡內的其他提供者。任何關於何時使用遠程醫療服務的說明僅供參考，不應被視為醫療建議。請參閱您的《承保證明》以瞭解此計劃可能承保的內容或其他可能適用規定的更多詳情。

計劃除了 C 部分福利和 D 部分福利之外，還可能提供補充福利。

網絡外／非簽約醫療服務提供者除緊急情況外，無義務為 Humana 會員提供診療服務。如需瞭解更多資訊，包括適用於網絡外服務的分攤費用，請致電我們的客戶服務電話，或參閱您的《承保證明》（Evidence of Coverage）。

所有產品名稱、徽標、品牌和商標均為其各自所有者的財產，任何使用行為均不代表其背書或認可。

# 更多資訊，只需輕鬆一點即可獲得。

請造訪 **Humana.com/PlanInformation**，查看本計劃的更多詳細資訊，包括福利與費用。

如果您希望將印刷版《承保證明》、《提供者名錄》或《藥物指南》郵寄給您，您可以在上述網站線上申請，或致電 **800-457-4708（聽障專線：711）**，服務時間為每天24小時，每週七天。致電時，請備妥您的 Humana 會員卡。當被詢問致電原因時，請說「《承保證明》」、「《藥物指南》」或「《提供者名錄》」。

# 啟用您的安全 MyHumana 帳戶。

您的線上MyHumana帳戶是您Humana會員資格的重要組成部分。隨時使用它查看此計劃的詳細資訊，並在一個地方線上存取重要的計劃文件。它易於使用且專為您量身定制。

## 已有帳戶？

前往 **Humana.com/Member/ManageYourAccount** 並登入。

## 尚未擁有帳戶？

使用上方相同的連結，幾分鐘內即可建立一個。

# 接收其他保險產品的相關資訊

作為 Humana 會員，我們可能會致電您，提供其他與保險相關的產品。您可以透過撥打您的識別卡背面的客戶服務電話號碼，選擇退出未來的來電。

Humana.

# 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、生理性別、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、祖先、族裔、婚姻狀況、語言、健康狀況或醫療服務需求而存在歧視，您可以親自或通過郵件或電子郵件向Humana Inc.的非歧視協調員提出申訴，地址/聯絡方式：P.O. Box 14618、Lexington, KY 40512-4618、**877-320-1235（聽障專線：711）**或 **accessibility@humana.com**。如果您需要協助提出申訴，Humana Inc. 的非歧視協調員可以為您提供幫助。

您也可以向美國衛生和公眾服務部民權辦公室提出投訴，可透過民權辦公室投訴入口網站以電子方式提交，網址為 **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**，或以郵寄或電話方式聯絡：

- 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 (TDD)。**

**加州會員：**
您也可以向加州衛生保健服務部民權辦公室提出民事權利申訴，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。投訴表格索取處：**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_0526

# 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 والتنسّيق 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' hodíilnih.

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

Humana.

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

關於本計劃的重要資訊

Humana.com

H5525_SB_MAPD_PPO_087000_2027_CH_M