2027

Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm

Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)

Washington
Các Quận được Chọn ở WA

Humana®

Bảo vệ quyền lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị: Báo cáo gian lận, lãng phí và lạm dụng

Quyền lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị hoạt động tốt nhất khi được bảo vệ.
Đây là những điều quý vị cần biết.

Gian lận, lãng phí và lạm dụng có thể làm tăng chi phí chăm sóc sức khỏe. Chúng cũng có thể ảnh hưởng đến việc chăm sóc quý vị nhận được. Nếu quý vị có Medicare hoặc Medicaid tại tiểu bang Washington, quý vị có thể giúp giữ cho hệ thống công bằng và hợp lý cho mọi người.

Những từ này có nghĩa là gì?

- **Gian lận:** Khi ai đó cố tình nói dối để nhận tiền hoặc quyền lợi từ một chương trình chăm sóc sức khỏe.
- **Lãng phí:** Khi các dịch vụ hoặc vật tư chăm sóc sức khỏe được sử dụng quá mức, gây ra chi phí phát sinh, ngay cả khi không cố ý.
- **Lạm dụng:** Khi ai đó được thanh toán cho các mặt hàng hoặc dịch vụ mà họ không đáng được thanh toán.

Các ví dụ phổ biến cần chú ý

- Một bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ lập hóa đơn cho việc chăm sóc mà quý vị không nhận được.
- Ai đó sử dụng thẻ ID thành viên của quý vị mà không có sự cho phép của quý vị.
- Một nhà cung cấp dịch vụ lập hóa đơn cho một dịch vụ có chi phí cao hơn so với dịch vụ quý vị thực sự nhận được.
- Ai đó cung cấp cho quý vị quà tặng hoặc tiền mặt để lấy thông tin thành viên của quý vị.

Cách bảo vệ bản thân

- Kiểm tra Giải thích Quyền lợi (EOB) của quý vị mỗi khi quý vị nhận được.
- Không chia sẻ số ID thành viên, số An sinh Xã hội, hoặc thông tin Medicare hay Medicaid của quý vị với người lạ.
- Hãy cẩn thận nếu ai đó cung cấp cho quý vị thiết bị, dịch vụ hoặc các buổi kiểm tra sức khỏe miễn phí mà quý vị không yêu cầu.
- Humana sẽ không bao giờ gọi điện và yêu cầu thông tin tài khoản ngân hàng hoặc thông tin tài chính khác của quý vị. Nếu quý vị nhận được cuộc gọi có vẻ đáng ngờ, hãy gọi ngay đến số ở mặt sau thẻ ID thành viên của quý vị.

Cách báo cáo hành vi gian lận, lãng phí hoặc lạm dụng bị nghi ngờ

Nếu có điều gì đó có vẻ không đúng, hãy báo cáo. Quý vị có thể giữ ẩn danh và báo cáo của quý vị sẽ được bảo mật.

Đối với thành viên Humana, hãy liên hệ với Đơn vị Điều tra Đặc biệt (SIU):

- Điện thoại: **800–614–4126**
- Email: **siureferrals@humana.com**
- Đường dây Hỗ trợ Đạo đức: **877–584–3539**
- Trực tuyến: **Humana.com/legal/si-referral-form**
- Thư: Humana Special Investigation Unit, 1100 Employers Blvd., Green Bay, WI 54344

Đối với gian lận Medicare tại tiểu bang Washington:

- 1–800-MEDICARE (633–4227), người dùng TTY gọi 877–486–2048

Đối với gian lận Medicaid ở tiểu bang Washington:

- Đơn vị Kiểm soát Gian lận Medicaid Tiểu bang Washington: 800–562–6900
- Văn phòng Tổng Thanh tra: 800-HHS-TIPS (447–8477)

Humana®

Để biết thêm thông tin về gian lận, lãng phí và lạm dụng, vui lòng truy cập **Humana.com/legal/fraud-waste-and-abuse**

Tóm tắt các Thay đổi Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166 (HMO D-SNP)

Đây là bản tóm tắt các thay đổi đối với chương trình của quý vị cho năm 2027. Để tìm hiểu thêm, vui lòng xem **Tóm tắt Chi phí Quan trọng**, **Thay đổi về Quyền lợi Y tế và Quyền lợi Bổ sung Bắt buộc** trong Phần 1.5, và **Thay đổi về Quyền lợi Thuốc theo Toa** trong Phần 1.7.

- Tên chương trình của quý vị sẽ được đổi thành **Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)**. Quý vị sẽ nhận được thẻ ID thành viên mới.
- **Phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị vẫn là $0**.
- Một số thành viên có thể có **khoản khấu trừ y tế mới là $283** trước khi một số dịch vụ nhất định được chi trả. Nhiều thành viên được hỗ trợ chi phí Medicaid sẽ tiếp tục trả $0.
- **OTC và Lựa chọn Sức khỏe (nếu quý vị đủ điều kiện)** của quý vị sẽ giảm từ **$105 xuống còn $70 mỗi tháng**.
- Một số dịch vụ y tế **$0 vào năm 2026 có thể tốn 20% chi phí vào năm 2027** đối với các thành viên không đủ điều kiện được hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicaid. Điều này bao gồm nhiều lần khám bác sĩ, các dịch vụ ngoại trú và thiết bị y tế.
- **Các lần khám bác sĩ chăm sóc chính và bác sĩ chuyên khoa** có thể thay đổi từ **$0** thành **đồng bảo hiểm 20%** Nhiều thành viên được Medicaid hỗ trợ chi phí chia sẻ sẽ tiếp tục trả $0.
- **Các lần nằm viện** có thể thay đổi từ **$0 mỗi lần nằm viện** thành **lên đến $2,241 mỗi lần nằm viện** Nhiều thành viên được Medicaid hỗ trợ chi phí chia sẻ sẽ tiếp tục trả $0.
- **Lần khám cấp cứu** có thể thay đổi từ **$0** thành **tối đa $115 mỗi lần khám** (được miễn nếu nhập viện trong vòng 24 giờ). Nhiều thành viên được hỗ trợ chi phí Medicaid sẽ tiếp tục trả $0.
- **Các lần đi xe cấp cứu** có thể thay đổi từ **$0** thành **lên đến $325 mỗi chuyến** Nhiều thành viên được Medicaid hỗ trợ chi phí chia sẻ sẽ tiếp tục trả $0.
- Một số **dịch vụ chụp MRI, CT scan, PET scan và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác** hiện có thể phải trả khoản đồng thanh toán. Nhiều thành viên được hỗ trợ chi phí Medicaid sẽ tiếp tục trả $0.
- **Các lần lưu trú tại cơ sở điều dưỡng chuyên biệt** có thể có **khoản đồng thanh toán $221 mỗi ngày cho các ngày 21-100** Nhiều thành viên được Medicaid hỗ trợ chi phí chia sẻ sẽ tiếp tục trả $0.
- Quyền lợi vận chuyển của quý vị **vẫn giữ nguyên** với **24 chuyến một chiều mỗi năm**.
- **Đối với quyền lợi tối đa về bảo hiểm nha khoa hàng năm giảm từ $2,000 xuống $1,500.** Các thành viên sẽ trải qua một số thay đổi về giới hạn tần suất đối với một số dịch vụ. Ví dụ, họ sẽ chuyển từ 1 mã thủ thuật mỗi năm sang 6 mã thủ thuật mỗi năm đối với chụp X-quang trong miệng. **Các giới hạn tần suất sẽ được nêu chi tiết trong EOC.** Chi tiết có thể được tìm thấy trong Phần 1.5 Thay đổi về Quyền lợi & Chi phí cho Dịch vụ Y tế bắt đầu ở trang 13.
- **Quyền lợi thị lực của quý vị sẽ không thay đổi.**
- **Quyền lợi thính lực của quý vị đang thay đổi.** Quý vị có thể nhận máy trợ thính **mỗi năm thay vì mỗi 3 năm**, nhưng quý vị sẽ có **3 lần tái khám thay vì không giới hạn số lần tái khám**. Chi tiết có thể được tìm thấy trong Phần 1.5 Thay đổi về Quyền lợi & Chi phí cho Dịch vụ Y tế bắt đầu ở trang 13.
- Các thành viên được chẩn đoán mắc tình trạng sức khỏe mãn tính đủ điều kiện **CÓ THỂ nhận được một chiếc điện thoại di động với tính năng gọi điện, nhắn tin và dữ liệu không giới hạn mà không tốn thêm chi phí.**
- **Chương trình phục hồi tim mạch trực tuyến được cung cấp qua dịch vụ y tế từ xa, với tối đa 36 buổi được bảo hiểm để hỗ trợ phục hồi và giảm nguy cơ tái nhập** viện.
- **Nếu quý vị nhận được Trợ Giúp Bổ Sung, khoản khấu trừ thuốc theo Phần D của quý vị là $0. Vui lòng tham khảo *Phụ lục LIS* của quý vị để biết số tiền chia sẻ chi phí.**

Hãy xem lại **các thay đổi chương trình năm 2027 của quý vị**

Cảm ơn quý vị đã tin tưởng Humana với chương trình Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) của quý vị cho năm 2026. Bên trong, quý vị sẽ tìm thấy Thông báo Thay đổi Hàng năm, cho quý vị biết các thay đổi quan trọng của chương trình.

Chúng tôi ở đây để giúp quý vị dễ dàng hơn trong việc tìm hiểu các quyền lợi của mình. Mặc dù một số quyền lợi đang thay đổi, chúng tôi đã lắng nghe các thành viên và tập trung vào việc bảo vệ những điều quan trọng nhất. Chúng tôi cam kết bảo đảm phạm vi bảo hiểm ổn định, chăm sóc cá nhân hóa và sự tin tưởng của các thành viên, nhà cung cấp dịch vụ và cộng đồng mà chúng tôi phục vụ.

Các quyền lợi thiết yếu quý vị có thể tin tưởng

Nha khoa, thị lực và thính lực

Bảo hiểm thuốc theo toa

Các xét nghiệm sàng lọc chăm sóc phòng ngừa $0 *

Xem xét kỹ hơn các thay đổi chương trình năm 2027 của quý vị

Nhận thông tin cá nhân hóa, tương tác về những gì đang thay đổi với chương trình năm 2027 của quý vị. Chúng tôi cung cấp tất cả các thông tin chi tiết quý vị cần để gia hạn một cách tự tin.

Không cần thực hiện bất kỳ hành động nào để giữ chương trình của quý vị.

Các ngày sắp tới để khám phá các lựa chọn của quý vị:

- ▶ **Hôm nay**
  Mới! So sánh chi tiết chương trình năm 2026 và 2027 của quý vị tại **Humana.com/Renewal**
- **Ngày 15 tháng 10**
  Đăng ký mở Medicare bắt đầu
- **Ngày 7 tháng 12**
  Ngày cuối cùng của Đăng ký mở
- **Ngày 1 tháng 1**
  Các thay đổi của chương trình có hiệu lực

Đây là những gì quý vị có thể làm tiếp theo

Để có thông tin đầy đủ và được cá nhân hóa của quý vị, **quét mã QR** để đăng nhập hoặc đăng ký MyHumana hoặc truy cập

Humana.com/Renewal

Nếu quý vị muốn giữ nguyên chương trình hiện tại, quý vị không cần thực hiện thêm bước nào. Chương trình của quý vị sẽ được gia hạn vào ngày 1 tháng 1 năm 2027.

*Áp dụng cho các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong mạng lưới.

Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) được cung cấp bởi Arcadian Health Plan, Inc., một công ty Humana.

Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm cho năm 2027

Quý vị đã đăng ký là thành viên của Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166 (HMO D-SNP).

Tài liệu này mô tả các thay đổi về chi phí và quyền lợi của chương trình bảo hiểm của chúng tôi trong năm tới.

- **Quý vị có từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 để thực hiện các thay đổi đối với phạm vi bảo hiểm Medicare của quý vị cho năm tới.** Nếu quý vị không tham gia chương trình khác trước ngày 7 tháng 12 năm 2026, quý vị sẽ tiếp tục ở trong Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166 (HMO D-SNP).
- Để chuyển sang **chương trình khác**, hãy truy cập Medicare.gov hoặc xem danh sách ở phần cuối sổ tay *Medicare & Quý Vị 2027* của quý vị.
- Lưu ý đây chỉ là tóm tắt các thay đổi. Thông tin thêm về chi phí, quyền lợi và các quy định có trong *Chứng Từ Bảo Hiểm*. Nhận bản sao tại **Humana.com/PlanInformation** hoặc gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) để nhận bản sao qua thư.

Các nguồn trợ giúp Khác

- Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha.

- Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) để biết thêm thông tin. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối bảy ngày một tuần từ ngày 1 tháng 10 – ngày 31 tháng 3 và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Thứ Hai – Thứ Sáu từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9. Quý vị luôn có thể để lại thư thoại ngoài giờ làm việc, vào các ngày Thứ Bảy, Chủ Nhật và ngày lễ và chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị trong vòng một ngày làm việc. Cuộc gọi này là miễn phí.

- Thông tin này có sẵn ở các định dạng khác nhau, bao gồm chữ nổi Braille, bản in chữ lớn và âm thanh. Vui lòng gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số được liệt kê ở trên nếu quý vị cần thông tin về chương trình ở định dạng khác.

Về Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)

- Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) là chương trình HMO SNP dành cho Người Đủ Điều Kiện Kép với Nhu Cầu Đặc Biệt, có hợp đồng với Medicare và hợp đồng với chương trình Medicaid của tiểu bang Washington. Việc ghi danh vào chương trình bảo hiểm này của Humana sẽ phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Chương trình của chúng tôi cũng có thỏa thuận bằng văn bản với chương trình Medicaid của Washington để phối hợp các quyền lợi Medicaid của quý vị.

- Khi tài liệu này sử dụng "chúng tôi" hay "của chúng tôi," đó là chỉ Arcadian Health Plan, Inc., một công ty của Humana. Khi tài liệu này sử dụng "chương trình" hay "chương trình của chúng tôi," đó là chỉ Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP).

- Vào ngày 1 tháng 1 năm 2027, tên chương trình của chúng tôi sẽ thay đổi từ Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166 (HMO D-SNP) thành Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP). Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thẻ ID thành viên mới với tên mới của chúng tôi. Kể từ đây, tên mới của chúng tôi, Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP), sẽ xuất hiện trên tất cả các tài liệu.

- **Nếu quý vị không làm gì trước ngày 7 tháng 12 năm 2026, quý vị sẽ tự động được đăng ký vào Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP).** Bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 năm 2027, quý vị sẽ nhận được bảo hiểm y tế và thuốc thông qua Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP). Đến Phần 2 để biết thêm thông tin về cách thay đổi chương trình và thời hạn thực hiện thay đổi.

Mục lục

Tóm tắt các Chi phí Quan trọng cho năm 2027 8

PHẦN 1 Thay đổi về Quyền lợi và Chi phí cho Năm Tới 14

Phần 1.1 Thay đổi Phí Bảo hiểm Hàng tháng 14

Phần 1.2 Thay đổi số tiền tự trả tối đa của quý vị 14

Phần 1.3 Những Thay đổi đối với Mạng lưới Nhà Cung cấp 15

Phần 1.4 Những thay đổi đối với Mạng lưới Nhà thuốc 15

Phần 1.5 Những thay đổi về Quyền lợi và Chi phí cho Dịch vụ Y tế 15

Phần 1.6 Những thay đổi đối với Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa Phần D 37

Phần 1.7 Những thay đổi đối với Quyền lợi & Chi phí Thuốc 38

PHẦN 2 Cách Thay đổi Chương trình 42

Phần 2.1 Thời hạn Thay đổi Chương trình 42

Phần 2.2 Có những thời điểm nào khác trong năm để thực hiện thay đổi không? 43

PHẦN 3 Nhận Hỗ trợ Thanh toán Chi phí Thuốc Theo Toa 43

PHẦN 4 Câu hỏi? 44

Nhận Hỗ trợ từ Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) 44

Nhận Tư vấn Miễn phí về Medicare 45

Nhận Trợ giúp từ Medicare 45

Nhận Trợ giúp từ Medicaid 45

Phụ lục A- Thông tin Liên hệ Cơ quan Tiểu bang 46

Liệt kê tên, địa chỉ, số điện thoại và thông tin liên hệ khác cho nhiều nguồn tài nguyên hữu ích tại tiểu bang của quý vị.

Tóm tắt các Chi phí Quan trọng cho năm 2027

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng	**$0**	**$0**
Khoản khấu trừ	**$0**	**$0 hoặc $283** ngoại trừ insulin được cung cấp thông qua một thiết bị y tế bền vững. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chi phí chia sẻ Medicare theo Medicaid, quý vị trả **$0**.
Các Trường hợp Loại trừ Khấu trừ	Các dịch vụ được liệt kê sau đây được loại trừ khỏi khoản khấu trừ trong mạng lưới: Dịch vụ xe cứu thương Thuốc Hóa Trị và Việc Truyền/Tiêm Thuốc Máy Theo Dõi Glucose Liên Tục Vật Tư Theo Dõi Bệnh Tiểu Đường Nội Soi Đại Tràng Chẩn Đoán Chụp nhũ ảnh chẩn đoán Thiết Bị Y Tế Bền Lâu Dịch Vụ Phòng Cấp Cứu Dịch Vụ Phòng Ngừa Được Medicare Chi Trả Thuốc Insulin Theo Medicare Phần B Các Thuốc Khác thuộc Medicare Phần B Dịch vụ Máu Ngoại trú Dịch Vụ Phần A (Chăm Sóc Tại Nhà, Nội Trú, và Điều Dưỡng Có Tay Nghề) Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp tại Các Trung Tâm Chăm Sóc Khẩn Cấp Các dịch vụ không được Original Medicare chi trả (tức là, Quyền Lợi Bổ Sung)	Các dịch vụ được liệt kê sau đây được loại trừ khỏi khoản khấu trừ trong mạng lưới: Dịch vụ xe cứu thương Thuốc Hóa Trị và Việc Truyền/Tiêm Thuốc Máy Theo Dõi Glucose Liên Tục Vật Tư Theo Dõi Bệnh Tiểu Đường Nội Soi Đại Tràng Chẩn Đoán Chụp nhũ ảnh chẩn đoán Thiết Bị Y Tế Bền Lâu Dịch Vụ Phòng Cấp Cứu Dịch Vụ Phòng Ngừa Được Medicare Chi Trả Thuốc Insulin Theo Medicare Phần B Các Thuốc Khác thuộc Medicare Phần B Dịch vụ Máu Ngoại trú Dịch Vụ Phần A (Chăm Sóc Tại Nhà, Nội Trú, và Điều Dưỡng Có Tay Nghề) Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp tại Các Trung Tâm Chăm Sóc Khẩn Cấp Các dịch vụ không được Original Medicare chi trả (tức là, Quyền Lợi Bổ Sung)

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
Số tiền tự trả tối đa Đây là số tiền tối đa quý vị sẽ phải tự trả cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bảo hiểm. (Xem Phần 1.2 để biết chi tiết.)	**$9,250** Quý vị không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào đối với số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bảo hiểm.	**$9,850** Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chi phí chia sẻ Medicare theo Medicaid, quý vị rất có thể không phải chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí nào từ tiền túi đối với số tiền chi phí tối đa phải trả cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bảo hiểm.
Thăm khám tại phòng khám chăm sóc chính	Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi lần khám	**$0 hoặc 20%** tổng chi phí mỗi lần khám Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chi phí chia sẻ Medicare theo Medicaid, quý vị rất có thể trả **$0** mỗi lần khám.
Thăm khám bác sĩ chuyên khoa	Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi lần khám	**$0 hoặc 20%** tổng chi phí mỗi lần khám Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chi phí chia sẻ Medicare theo Medicaid, quý vị rất có thể trả **$0** mỗi lần khám.
Thời gian nằm viện nội trú Bao gồm các lần nằm viện nội trú khác nhau như chăm sóc cấp tính, phục hồi chức năng và chăm sóc dài hạn. Một lần nằm viện nội trú bắt đầu vào ngày quý vị được nhập viện chính thức theo chỉ định của bác sĩ và kết thúc vào ngày trước khi quý vị xuất viện.	Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi lần lưu viện	**$0** hoặc khoản đồng thanh toán **$2,241** mỗi lần lưu trú Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chi phí chia sẻ Medicare theo Medicaid, quý vị rất có thể trả **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
Bảo hiểm thuốc Phần D (Xem Phần 1.7 để biết chi tiết, bao gồm Khoản Khấu trừ Hàng năm, Các Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu và Bảo hiểm Thảm họa.) Không phải tất cả các bậc đều có thể bao gồm insulin. Vui lòng tham khảo Hướng Dẫn Về Thuốc theo Đơn của quý vị để xác nhận phạm vi bảo hiểm insulin.	Khoản khấu trừ bảo hiểm thuốc Phần D Nếu quý vị nhận được Trợ Giúp Bổ Sung, khoản khấu trừ của quý vị là **$0**. Vui lòng tham khảo tờ thông tin đính kèm *LIS Rider* của quý vị để biết các khoản chia sẻ chi phí. Nếu quý vị **không** nhận được Trợ Giúp Bổ Sung, khoản khấu **trừ là** $235. **$0** cho Bậc 1 và Bậc 2 **$235** cho Bậc 3, Bậc 4 và Bậc 5; ngoại trừ các sản phẩm insulin được chi trả và hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn	**Khoản khấu trừ bảo hiểm thuốc Phần D** Nếu quý vị nhận được Trợ Giúp Bổ Sung, khoản khấu trừ của quý vị là **$0**. Vui lòng tham khảo tờ thông tin đính kèm *LIS Rider* của quý vị để biết các khoản chia sẻ chi phí. Nếu quý vị **không** nhận được Trợ Giúp Bổ Sung, khoản khấu **trừ là** $700. **$0** cho Bậc 1, Bậc 2 và Bậc 3 **$700** cho Bậc 4 và Bậc 5; ngoại trừ các sản phẩm insulin được bảo hiểm và hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn
	Khoản đồng thanh toán/Đồng bảo hiểm trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu:	**Khoản đồng thanh toán/Đồng bảo hiểm trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu:**

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
	Đối với nguồn cung cấp 30 ngày từ **nhà thuốc bán lẻ**: • Thuốc Bậc 1: **$0** Quý vị không trả quá **$0** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • Thuốc Bậc 2: **$0** Quý vị không trả quá **$0** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • Thuốc Bậc 3: **25%** Quý vị không trả quá **25%** tối đa **$35** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • Thuốc Bậc 4: **25%** Quý vị không trả quá **25%** tối đa **$35** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • Thuốc Bậc 5: **30%** Quý vị không trả quá **25%** tối đa **$35** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này.	Đối với nguồn cung cấp 30 ngày từ **nhà thuốc bán lẻ**: • **Thuốc Bậc 1: $0** Quý vị không trả quá **$0** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 2: $0** Quý vị không trả quá **$0** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 3: 17%** Quý vị không trả quá **17%** tối đa **$35** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 4: 46%** Quý vị không trả quá **25%** tối đa **$35** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 5: 25%** Quý vị không trả quá **25%** tối đa **$35** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
	Đối với nguồn cung cấp 100 ngày từ **nhà thuốc đặt hàng qua thư** với mức chia sẻ chi phí ưu tiên: • Thuốc Bậc 1: **$0** Quý vị không trả quá **$0** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • Thuốc Bậc 2: **$0** Quý vị không trả quá **$0** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • Thuốc Bậc 3: **25%** Quý vị không trả quá **25%** tối đa **$105** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • Thuốc Bậc 4: **25%** Quý vị không trả quá **25%** tối đa **$105** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • Thuốc Bậc 5: Không có	Đối với nguồn cung cấp 100 ngày từ **nhà thuốc đặt hàng qua thư** với mức chia sẻ chi phí ưu tiên: • **Thuốc Bậc 1: $0** Quý vị không trả quá **$0** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 2: $0** Quý vị không trả quá **$0** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 3: 17%** Quý vị không trả quá **17%** tối đa **$105** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 4: 46%** Quý vị không trả quá **25%** tối đa **$105** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 5:** Không có

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
	Đối với nguồn cung cấp 100 ngày từ **nhà thuốc đặt hàng qua thư** với mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn: • Thuốc Bậc 1: **$30** Quý vị không trả quá **25%** tối đa **$30** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • Thuốc Bậc 2: **$60** Quý vị không trả quá **25%** tối đa **$60** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • Thuốc Bậc 3: **25%** Quý vị không trả quá **25%** tối đa **$105** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • Thuốc Bậc 4: **25%** Quý vị không trả quá **25%** tối đa **$105** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • Thuốc Bậc 5: Không có	Đối với nguồn cung cấp 100 ngày từ **nhà thuốc đặt hàng qua thư** với mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn: • **Thuốc Bậc 1: $30** Quý vị không trả quá **25%** tối đa **$30** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 2: $60** Quý vị không trả quá **16%** tối đa **$60** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 3: 17%** Quý vị không trả quá **17%** tối đa **$105** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 4: 46%** Quý vị không trả quá **25%** tối đa **$105** cho nguồn cung cấp 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 5:** Không có
	Bảo Hiểm Thảm Họa: Trong giai đoạn này, quý vị không phải trả gì cho các loại thuốc Phần D được bảo hiểm của quý vị.	**Bảo Hiểm Thảm Họa:** Trong giai đoạn này, quý vị không phải trả gì cho các loại thuốc Phần D được bảo hiểm của quý vị.

PHẦN 1 Thay đổi về Quyền lợi và Chi phí cho Năm Tới

Phần 1.1 Thay đổi Phí Bảo hiểm Hàng tháng

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng (Quý vị cũng phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B trừ khi phí đó được Apple Health (Medicaid) thanh toán thay cho quý vị.)	**$0**	**$0**

Phần 1.2 Thay đổi số tiền tự trả tối đa của quý vị

Medicare yêu cầu tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe phải giới hạn số tiền quý vị tự chi trả trong năm. Giới hạn này được gọi là số tiền tự trả tối đa (MOOP). Sau khi quý vị đã trả số tiền này, nhìn chung quý vị không phải trả gì cho các dịch vụ được bảo hiểm theo Phần A và Phần B trong phần còn lại của năm dương lịch.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
Số tiền tự trả tối đa Chi phí chia sẻ do người thụ hưởng, Medicaid và bảo hiểm phụ khác chi trả đều được tính vào số tiền tự trả tối đa này. Vì các thành viên của chúng tôi cũng nhận được hỗ trợ từ Apple Health (Medicaid), rất ít thành viên đạt đến số tiền tự trả tối đa này. Nếu quý vị đủ điều kiện được Medicaid hỗ trợ các khoản đồng thanh toán và khấu trừ của Phần A và Phần B, quý vị không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào đối với số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bảo hiểm. Chi phí của quý vị cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm (chẳng hạn như khoản đồng thanh toán và khoản khấu trừ) **được tính** vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. Chi phí của quý vị cho thuốc theo toa **không được tính** vào số tiền tự trả tối đa của quý vị.	**$9,250**	**$9,850** Khi quý vị đã thanh toán **$9,850** chi phí tự trả cho các dịch vụ được bảo hiểm theo Phần A và Phần B, quý vị sẽ không phải trả thêm gì cho các dịch vụ được bảo hiểm theo Phần A và Phần B trong phần còn lại của năm dương lịch.

Phần 1.3 Những Thay đổi đối với Mạng lưới Nhà Cung cấp

Mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi đã thay đổi cho năm tới. Bắt đầu từ ngày 15 tháng 10 năm 2026, quý vị có thể xem *Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ* năm 2027 tại **Humana.com/FindCare** để xem liệu các nhà cung cấp dịch vụ của quý vị (bác sĩ chăm sóc ban đầu, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, v.v.) có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Đây là cách để nhận *Danh Mục Nhà Cung Cấp Dịch Vụ* được cập nhật:

- Truy cập trang web của chúng tôi tại **Humana.com/FindCare**.
- Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY nên gọi 711) để nhận thông tin nhà cung cấp hiện tại hoặc yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị *Danh mục Nhà cung cấp* qua đường bưu điện.

Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi đối với các bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp dịch vụ) thuộc chương trình của chúng tôi trong năm. Nếu một thay đổi giữa năm về nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi ảnh hưởng đến quý vị, hãy gọi cho Bộ Phận Chăm Sóc Khách Hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY nên gọi 711) để được hỗ trợ. Quý vị có thể có một giai đoạn đăng ký đặc biệt nếu nhà cung cấp của quý vị rời khỏi mạng lưới của chương trình. Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị khi một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy xem Chương 3, Phần 2.3 trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* của quý vị.

Phần 1.4 Những thay đổi đối với Mạng lưới Nhà thuốc

Số tiền quý vị trả cho thuốc theo toa có thể phụ thuộc vào nhà thuốc quý vị sử dụng. Các chương trình thuốc Medicare có một mạng lưới nhà thuốc. Trong hầu hết các trường hợp, đơn thuốc của quý vị *chỉ* được bảo hiểm nếu chúng được mua tại một trong các nhà thuốc thuộc mạng lưới của chúng tôi. Mạng lưới của chúng tôi bao gồm các nhà thuốc với mức chia sẻ chi phí ưu tiên, có thể cung cấp cho quý vị mức chia sẻ chi phí thấp hơn so với mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn được cung cấp bởi các nhà thuốc trong mạng lưới khác đối với một số loại thuốc.

Mạng lưới nhà thuốc của chúng tôi đã thay đổi cho năm tới. Bắt đầu từ ngày 15 tháng 10 năm 2026, quý vị có thể xem Danh mục *Nhà cung cấp dịch vụ năm 2027* tại **Humana.com/FindCare** để xem nhà thuốc nào nằm trong mạng lưới của chúng tôi. Đây là cách để nhận *Danh Mục Nhà Cung Cấp Dịch Vụ* được cập nhật:

- Truy cập trang web của chúng tôi tại **Humana.com/FindCare**.
- Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY nên gọi 711) để nhận thông tin nhà thuốc hiện tại hoặc yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị *Danh mục Nhà cung cấp* qua đường bưu điện.

Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi đối với các nhà thuốc thuộc chương trình của chúng tôi trong năm. Nếu việc thay đổi nhà thuốc giữa năm ảnh hưởng đến quý vị, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY nên gọi 711) để được hỗ trợ.

Phần 1.5 Những thay đổi về Quyền lợi và Chi phí cho Dịch vụ Y tế

Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm cho quý vị biết về những thay đổi đối với quyền lợi và chi phí Medicare của quý vị.

Các dịch vụ nhận được tại Phòng Khám Sức Khỏe Nông Thôn, Phòng Khám Sức Khỏe Đủ Tiêu Chuẩn Liên Bang, và Bệnh Viện Tiếp Cận Quan Trọng có thể phải chịu khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm của Bác Sĩ Chăm Sóc Chính hoặc Bác Sĩ Chuyên Khoa, tùy theo từng trường hợp, cho năm 2027.

Trợ cấp chi tiêu này và Phúc lợi Điện thoại Di động Humana là quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho các thành viên có các bệnh mãn tính cụ thể, cần được phối hợp chăm sóc chuyên sâu và có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc gặp các kết quả sức khỏe bất lợi khác. Các tình trạng đủ điều kiện bao gồm đái tháo đường, rối loạn tim mạch, tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và khuyết tật, rối loạn phổi mạn tính hoặc suy tim mạn tính, cùng với một số tình trạng khác. Một số chương trình yêu cầu ít nhất hai bệnh lý. Xem Chứng từ Bảo hiểm của chương trình để biết chi tiết. Nếu quý vị sử dụng chương trình này để trả tiền thuê hoặc hóa đơn tiện ích, Bộ Gia cư và Phát triển Đô thị Hoa Kỳ (Housing and Urban Development, HUD) sẽ tính đó là thu nhập. Liên hệ văn phòng HUD địa phương của quý vị nếu có câu hỏi.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt dành cho Người Mắc Bệnh Mãn Tính		
• Quyền lợi Điện thoại di động Humana	Không Áp Dụng	Khoản đồng thanh toán **$0** Nếu quý vị đủ điều kiện cho SSBCI, quý vị CÓ THỂ nhận một điện thoại di động với thoại, nhắn tin và dữ liệu không giới hạn mà không tốn thêm chi phí.
• Trợ Cấp Tùy Chọn Sức Khỏe Humana® Tất cả các thành viên của chương trình nhận được khoản tiền này để mua các sản phẩm sức khỏe và chăm sóc sức khỏe không cần kê đơn (OTC) được chấp thuận tại các nhà bán lẻ tham gia hoặc thông qua nhà cung cấp OTC đặt hàng qua thư được chấp thuận của chương trình. **Ngoài ra, các thành viên cũng có thể sử dụng khoản tiền này để mua thực phẩm đủ điều kiện, thanh toán tiện ích, tiền thuê nhà và nhiều hơn nữa nếu họ có một hoặc nhiều tình trạng bệnh mãn tính nhất định và đáp ứng các tiêu chí chương trình khác.** Bất kỳ số tiền chưa sử dụng nào sẽ được chuyển sang tháng tiếp theo và hết hạn vào cuối năm chương trình hoặc khi hủy đăng ký, tùy theo điều kiện nào xảy ra trước.	Trợ cấp hàng tháng **$105** trên thẻ chi tiêu trả trước.	Trợ cấp hàng tháng **$70** trên thẻ chi tiêu trả trước.
Dịch vụ xe cứu thương		
• Đối với mỗi lần vận chuyển cấp cứu bằng xe mặt đất được Medicare chi trả, quý vị trả:	Khoản đồng thanh toán **$0** cho mỗi ngày dịch vụ	Khoản đồng thanh toán **$0 hoặc $325** mỗi ngày dịch vụ Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
• Đối với mỗi lần vận chuyển cấp cứu bằng đường hàng không được Medicare chi trả, quý vị trả:	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với mỗi dịch vụ vận chuyển không cấp cứu bằng đường bộ được Medicare chi trả, quý vị trả:	Khoản đồng thanh toán **$0** cho mỗi ngày dịch vụ	Khoản đồng thanh toán **$0 hoặc $325** mỗi ngày dịch vụ Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với mỗi dịch vụ vận chuyển không cấp cứu bằng đường hàng không được Medicare chi trả, quý vị trả:	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Dịch vụ phục hồi chức năng tim		
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Dịch vụ nắn chỉnh xương		
• Đối với mỗi lần khám được Medicare chi trả (thao tác nắn chỉnh cột sống thủ công để điều chỉnh tình trạng trật khớp), quý vị trả:		
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	Trong mạng lưới
Máy theo dõi đường huyết liên tục		
– tại nhà cung cấp thiết bị y tế bền vững	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại nhà thuốc ưu tiên	Không Áp Dụng	Khoản đồng thanh toán **$0**
Dịch vụ nha khoa		
• Đối với các dịch vụ nha khoa được Medicare chi trả tại phòng khám của bác sĩ chuyên khoa, quý vị phải trả:	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Quyền lợi nha khoa bổ sung:	**DEN340** **$0** khoản đồng thanh toán cho dịch vụ cạo vôi và làm nhẵn chân răng (làm sạch sâu) tối đa 1 lần mỗi góc phần tư hàm mỗi 3 năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho dịch vụ khám răng miệng toàn diện hoặc khám nha chu, điều chỉnh khớp cắn, cạo vôi cho tình trạng viêm vừa tối đa 1 lần mỗi 3 năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho việc gắn lại cầu răng, cầu răng-pontic, răng giả toàn phần, gắn lại mão răng, phim toàn cảnh hoặc x-quang chẩn đoán, răng giả một phần tối đa 1 lần mỗi 5 năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho cầu răng-mão răng tối đa 2 lần mỗi 5 năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho dịch vụ mão răng, các dịch vụ phục hồi khác - tái tạo lõi và chốt lõi đúc sẵn, điều trị tủy răng, điều trị lại tủy răng tối đa 1 lần mỗi răng trong suốt cuộc đời. Khoản đồng thanh toán **$0** cho x-quang cánh cắn, x-quang trong	**DEN284** **$0** khoản đồng thanh toán cho miếng trám amalgam và/hoặc composite lên đến 1 miếng trám mỗi răng mỗi bề mặt, 2 năm một lần. Khoản đồng thanh toán **$0** cho gắn lại mão răng tối đa 1 lần mỗi 2 năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho dịch vụ cạo vôi và làm sạch chân răng (làm sạch sâu) tối đa 1 lần mỗi góc phần tư hàm mỗi 3 năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho khám đánh giá răng miệng toàn diện hoặc khám nha chu, điều chỉnh khớp cắn tối đa 1 lần mỗi 3 năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho mão răng, sửa chữa hàm giả - bổ sung, các dịch vụ phục hồi khác - đắp lõi và chốt và lõi đúc sẵn tối đa 1 lần mỗi răng mỗi 5 năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho răng giả toàn phần, phim toàn cảnh hoặc x-quang chẩn đoán, răng giả một phần tối đa 1 lần mỗi 5 năm. Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	Trong mạng lưới
	miệng tối đa 1 bộ/năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho dịch vụ điều chỉnh hàm giả, tái nền hàm giả, lót lại hàm giả, sửa chữa hàm giả, khám chẩn đoán khẩn cấp, điều hòa mô tối đa 1 lần mỗi năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho dịch vụ điều trị khẩn cấp giảm đau, phẫu thuật miệng, khám răng định kỳ, điều trị dự phòng (làm sạch) tối đa 2 lần mỗi năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho dịch vụ bảo trì nha chu tối đa 4 lần mỗi năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho gây mê cần thiết khi thực hiện dịch vụ được bảo hiểm tối đa theo nhu cầu với các mã được bảo hiểm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho trám amalgam và/hoặc composite, nhổ răng đơn giản hoặc phẫu thuật tối đa không giới hạn mỗi năm. Mức bảo hiểm tối đa **$2,000** mỗi năm cho tất cả các quyền lợi chẩn đoán/phòng ngừa và toàn diện.	răng cho điều trị tủy răng, điều trị lại tủy răng, nhổ răng đơn giản hoặc nhổ răng bằng phẫu thuật tối đa 1 lần trong suốt cuộc đời. Khoản đồng thanh toán **$0** cho khí nitrous oxide/giảm đau cần thiết khi sử dụng kèm với dịch vụ được bảo hiểm tối đa 1 đơn vị mỗi lần khám. Khoản đồng thanh toán **$0** cho chụp X-quang cánh cắn, đặt lại nền hàm giả, lót lại hàm giả, cạo vôi viêm trung bình, điều hòa mô tối đa 1 lần mỗi năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho sửa chữa hàm giả - gãy răng tối đa 2 lần mỗi răng mỗi năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho điều chỉnh hàm giả, sửa chữa hàm giả - nền và khung, khám chẩn đoán khẩn cấp, điều trị đau khẩn cấp, gây mê toàn thân cần thiết khi sử dụng kèm với dịch vụ được bảo hiểm, phẫu thuật miệng, khám miệng định kỳ, điều trị dự phòng (làm sạch) tối đa 2 lần mỗi năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho dịch vụ bảo trì nha chu tối đa 4 lần mỗi năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho chụp X-quang nội miệng tối đa 6 lần mỗi năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho gây mê tăng dần cần thiết khi thực hiện dịch vụ được bảo hiểm tối đa theo nhu cầu với các mã được bảo hiểm mỗi năm. **$1,500** mức bảo hiểm tối đa mỗi năm cho tất cả các quyền lợi chẩn đoán/phòng ngừa và toàn diện.
Đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật tư dành cho người tiểu đường		

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	Trong mạng lưới
• Đối với mỗi vật tư dành cho người tiểu đường được Medicare chi trả, quý vị trả: – tại nhà cung cấp vật tư cho người tiểu đường	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Thiết bị y tế bền lâu (DME) và các vật tư liên quan • Đối với mỗi mặt hàng được Medicare chi trả, quý vị trả:	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Chăm sóc khẩn cấp • Đối với mỗi lần khám cấp cứu được Medicare chi trả, quý vị trả:	Khoản đồng thanh toán **$0**	Khoản đồng thanh toán **$0 hoặc $115** được miễn nếu nhập viện trong vòng 24 giờ. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Dịch vụ thính lực • Đối với các dịch vụ thính lực được Medicare chi trả tại phòng khám của bác sĩ chuyên khoa, quý vị phải trả:	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
• Quyền lợi thính lực bổ sung:	**HER945** **$0** khoản đồng thanh toán cho các buổi khám thính lực định kỳ tối đa 1 lần mỗi năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho các lần khám theo dõi với nhà cung cấp dịch vụ tối đa không giới hạn mỗi năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho mỗi máy trợ thính cấp độ Nâng cao, tối đa 1 chiếc mỗi tai mỗi 3 năm. Lưu ý: Bao gồm 80 viên pin cho mỗi máy trợ thính và bảo hành 3 năm. Các lần khám theo dõi với nhà cung cấp dịch vụ không giới hạn trong năm đầu tiên sau khi mua máy trợ thính TruHearing.	**HER101** **$0** khoản đồng thanh toán cho các buổi khám thính lực định kỳ tối đa 1 lần mỗi năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho việc lắp đặt tối đa 1 lần mỗi năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho các lần khám theo dõi với nhà cung cấp dịch vụ tối đa 3 lần mỗi năm. Khoản đồng thanh toán **$0** cho mỗi máy trợ thính theo toa Cấp độ 2 tối đa 1 cái mỗi tai mỗi năm. Lưu ý: Bao gồm pin dùng trong 3 năm cho mỗi máy trợ thính không sạc điện (tối đa 60 viên pin mỗi tai, mỗi năm) và bảo hành 3 năm. Một lần lắp máy và ba lần khám theo dõi với nhà cung cấp dịch vụ trong năm đầu tiên sau khi mua máy trợ thính, với nhà cung cấp dịch vụ ban đầu.
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện • Đối với thời gian nằm viện tại bệnh viện được Medicare chi trả, quý vị trả:	Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi lần lưu viện	**$0** hoặc khoản đồng thanh toán **$2,241** mỗi lần lưu trú Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú • Đối với thời gian nằm viện tại bệnh viện được Medicare chi trả, quý vị trả:	Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi lần lưu viện	**$0** hoặc khoản đồng thanh toán **$2,241** mỗi lần lưu trú Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
• Đối với thời gian nằm viện tại cơ sở tâm thần nội trú được Medicare chi trả, quý vị trả:	Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi lần lưu viện	**$0** hoặc đồng thanh toán **$2,091** mỗi lần lưu viện Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Dịch vụ Điều trị Ngoại trú Chuyên sâu – tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Thuốc kê đơn theo Medicare Phần B • Đối với thuốc hóa trị và việc sử dụng thuốc, quý vị thanh toán: – tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với thuốc insulin Medicare Phần B, quý vị thanh toán: – tại phòng khám của bác sĩ chăm sóc chính của quý vị	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí **$35** số tiền tự trả tối đa mỗi tháng Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	Trong mạng lưới
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí **$35** số tiền tự trả tối đa mỗi tháng Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí **$35** số tiền tự trả tối đa mỗi tháng Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với các loại thuốc theo toa thuộc Medicare Phần B khác, quý vị phải trả:		
– tại phòng khám của bác sĩ chăm sóc chính của quý vị	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Dịch vụ chương trình điều trị opioid • Đối với mỗi lần khám dịch vụ điều trị opioid được Medicare chi trả, quý vị trả:		
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú, dịch vụ và vật tư điều trị		
• Đối với các thủ thuật và xét nghiệm chẩn đoán, quý vị trả:		
– tại phòng khám của bác sĩ chăm sóc chính của quý vị	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại trung tâm chăm sóc khẩn cấp	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh tiên tiến (MRI, MRA, PET hoặc CT Scan), quý vị thanh toán:		
– tại phòng khám của bác sĩ chăm sóc chính của quý vị	Khoản đồng thanh toán **$0**	**$0** hoặc khoản đồng thanh toán **$330** Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	Khoản đồng thanh toán **$0**	**$0** hoặc khoản đồng thanh toán **$330** Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở chẩn đoán hình ảnh độc lập	Khoản đồng thanh toán **$0**	**$0** hoặc khoản đồng thanh toán **$205** Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	Khoản đồng thanh toán **$0**	**$0** hoặc khoản đồng thanh toán **$345** Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với các dịch vụ X-quang cơ bản, quý vị trả:		
– tại phòng khám của bác sĩ chăm sóc chính của quý vị	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
– tại cơ sở chẩn đoán hình ảnh độc lập	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại trung tâm chăm sóc khẩn cấp	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với chụp nhũ ảnh chẩn đoán, quý vị trả:		
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở chẩn đoán hình ảnh độc lập	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với xạ trị, quý vị thanh toán:		
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
– tại cơ sở chẩn đoán hình ảnh độc lập	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với các dịch vụ y học hạt nhân, quý vị trả:		
– tại cơ sở chẩn đoán hình ảnh độc lập	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với các dịch vụ nghiên cứu giấc ngủ, quý vị trả:		
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với dịch vụ chăm sóc vết thương, quý vị trả:		

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với vật tư y tế, quý vị trả:	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với nội soi đại tràng chẩn đoán, quý vị trả:		
– tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với các dịch vụ xét nghiệm, quý vị trả:		
– tại phòng khám của bác sĩ chăm sóc chính của quý vị	Khoản đồng thanh toán **$0**	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	Khoản đồng thanh toán **$0**	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
– tại cơ sở xét nghiệm độc lập	Khoản đồng thanh toán **$0**	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại trung tâm chăm sóc khẩn cấp	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Theo dõi ngoại trú tại bệnh viện • Đối với mỗi lần khám dịch vụ theo dõi được Medicare chi trả, quý vị trả:		
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú • Đối với mỗi lần khám trị liệu cá nhân/ nhóm được Medicare chi trả, quý vị trả:		
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– cho một lần khám ảo	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	Trong mạng lưới
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú		
• Đối với liệu pháp vật lý được Medicare chi trả, quý vị thanh toán:		
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF)	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với trị liệu cơ năng được Medicare chi trả, quý vị thanh toán:		
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF)	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với liệu pháp ngôn ngữ/lời nói được Medicare chi trả, quý vị thanh toán:		
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF)	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú		
• Đối với mỗi lần khám trị liệu cá nhân/ nhóm được Medicare chi trả, quý vị trả:		
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– cho một lần khám ảo	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các dịch vụ được cung cấp tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện và trung tâm phẫu thuật ngoại trú		
• Đối với mỗi lần thăm khám dịch vụ phẫu thuật được Medicare chi trả, quý vị trả:		
– tại phòng khám của bác sĩ chăm sóc chính của quý vị	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở phẫu thuật ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Nhập viện Bán phần – tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Dịch vụ chăm sóc bàn chân		

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	Trong mạng lưới
• Đối với mỗi lần khám được Medicare chi trả (chăm sóc bàn chân cần thiết về mặt y tế), quý vị trả: – tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Thiết bị giả và vật tư liên quan – tại nhà cung cấp thiết bị giả	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Dịch vụ của bác sĩ/chuyên gia, bao gồm các lần khám tại phòng khám bác sĩ • Đối với mỗi lần khám tại phòng khám cho các dịch vụ được Medicare chi trả, quý vị trả:		
– tại phòng khám của bác sĩ chăm sóc chính của quý vị	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– cho một lần khám ảo tại phòng khám của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Dịch vụ phục hồi chức năng phổi		

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Dịch vụ điều trị bệnh thận		
• Đối với các dịch vụ lọc thận, quý vị trả:		
– tại một trung tâm lọc máu	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng có chuyên môn (SNF)		
• Đối với thời gian lưu trú được Medicare chi trả tại cơ sở điều dưỡng có chuyên môn, quý vị trả:	Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi ngày cho các ngày 1 - 20 Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi ngày cho các ngày 21 - 65 Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi ngày cho các ngày 66 - 100	Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi ngày cho các ngày 1 - 20 Khoản đồng thanh toán **$0 hoặc $221** mỗi ngày cho các ngày 21 - 100 Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Liệu pháp Tập thể dục có Giám sát (SET)		

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại cơ sở bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Vận chuyển	Khoản đồng thanh toán **$0** cho địa điểm được chương trình chấp thuận, tối đa 24 chuyến đi một chiều mỗi năm. Quyền lợi này không vượt quá 50 dặm mỗi chuyến đi.	Khoản đồng thanh toán **$0** cho địa điểm được chương trình chấp thuận, tối đa 24 chuyến đi một chiều mỗi năm. Quyền lợi này không vượt quá 25 dặm cho mỗi chuyến đi một chiều.
Vận Chuyển Y Tế Không Khẩn Cấp theo Tính Linh Hoạt Đồng Nhất	Khoản đồng thanh toán **$0** cho địa điểm được chương trình chấp thuận tối đa không giới hạn chuyến đi một chiều mỗi năm dành cho thành viên được chẩn đoán mắc Bệnh Thận Mạn Tính (CKD), Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD), hoặc Ung Thư. Quyền lợi này không vượt quá 50 dặm mỗi chuyến đi một chiều.	Khoản đồng thanh toán **$0** cho địa điểm được chương trình chấp thuận tối đa không giới hạn chuyến đi một chiều mỗi năm dành cho thành viên được chẩn đoán mắc Bệnh Thận Mạn Tính (CKD), Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD), hoặc Ung Thư. Quyền lợi này không vượt quá 25 dặm cho mỗi chuyến đi một chiều.
Dịch vụ cần thiết khẩn cấp • Đối với các dịch vụ cần thiết khẩn cấp được Medicare chi trả, quý vị trả: – tại phòng khám của bác sĩ chăm sóc chính của quý vị	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
– tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– tại trung tâm chăm sóc khẩn cấp	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
– cho lần khám trực tuyến tại cơ sở chăm sóc khẩn cấp	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Chương trình Phục hồi Tim mạch Trực tuyến (Quyền lợi Linh hoạt Thống nhất)	Không được Bảo hiểm	Khoản đồng thanh toán **$0** cho chương trình phục hồi tim mạch trực tuyến được cung cấp qua dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, với tối đa 36 buổi được bảo hiểm để hỗ trợ phục hồi và giảm nguy cơ tái nhập viện. Bảo hiểm được cung cấp sau khi nằm viện nội trú cho các thành viên mắc Suy tim sung huyết (CHF), Tăng huyết áp, Viêm phổi hoặc Bệnh hô hấp.
Chăm sóc thị lực		
• Đối với các dịch vụ thị lực được Medicare chi trả tại phòng khám của bác sĩ chuyên khoa, quý vị trả:	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
Phạm vi bảo hiểm toàn thế giới		

Chi phí	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
	Trong mạng lưới	**Trong mạng lưới**
• Đối với mỗi lần thăm khám phòng cấp cứu, quý vị trả:	Khoản đồng thanh toán **$0**	Khoản đồng thanh toán **$0 hoặc $115** được miễn nếu nhập viện trong vòng 24 giờ. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với mỗi lần khám tại trung tâm chăm sóc khẩn cấp, quý vị trả:	**0%** tổng chi phí	**0% hoặc 20%** tổng chi phí Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.
• Đối với mỗi lần vận chuyển cấp cứu bằng xe cứu thương, quý vị trả:	Khoản đồng thanh toán **$0** cho mỗi ngày dịch vụ	Khoản đồng thanh toán **$0 hoặc $325** mỗi ngày dịch vụ Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị trả khoản đồng thanh toán là **$0**.

Phần 1.6 Những thay đổi đối với Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa Phần D

Thay đổi đối với Hướng Dẫn Về Thuốc của Chúng tôi

Danh sách thuốc được bảo hiểm của chúng tôi được gọi là Danh mục thuốc hoặc Hướng dẫn thuốc. Một bản sao Hướng dẫn thuốc của chúng tôi được cung cấp dưới dạng điện tử. Hướng Dẫn Thuốc bao gồm nhiều - nhưng không phải tất cả - các loại thuốc mà chúng tôi sẽ chi trả vào năm tới. Nếu quý vị không thấy thuốc của mình trong danh sách này, thuốc đó vẫn có thể được bảo hiểm.

Quý vị có thể nhận Hướng Dẫn Về Thuốc *đầy đủ* bằng cách truy cập trang web của chúng tôi (**Humana.com/druglist**) hoặc gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711).

Chúng tôi đã thực hiện các thay đổi đối với Hướng dẫn thuốc, có thể bao gồm việc loại bỏ hoặc bổ sung thuốc, thay đổi các hạn chế áp dụng cho phạm vi bảo hiểm của chúng tôi đối với một số loại thuốc nhất định, hoặc chuyển chúng sang mức chia sẻ chi phí khác. **Xem lại Hướng Dẫn Thuốc để đảm bảo thuốc của quý vị sẽ được bảo hiểm trong năm tới và để xem liệu có bất kỳ hạn chế nào không, hoặc liệu thuốc của quý vị có được chuyển sang bậc chia sẻ chi phí khác hay không.**

Hầu hết các thay đổi trong Hướng dẫn thuốc đều mới kể từ đầu mỗi năm. Tuy nhiên, chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác được phép theo quy định của Medicare sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm dương lịch. Chúng tôi cập nhật trực tuyến của mình

Hướng Dẫn Về Thuốc ít nhất hàng tháng để cung cấp danh sách thuốc cập nhật nhất. Nếu chúng tôi thực hiện thay đổi ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận thuốc mà quý vị đang sử dụng, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo về sự thay đổi đó.

Nếu quý vị bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi về phạm vi bảo hiểm thuốc vào đầu năm hoặc trong năm, vui lòng xem lại Chương 9 trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* của quý vị và nói chuyện với người kê đơn để tìm hiểu các lựa chọn của quý vị, chẳng hạn như yêu cầu cung cấp thuốc tạm thời, nộp đơn xin ngoại lệ, và/hoặc tìm kiếm một loại thuốc mới. Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY nên gọi 711) để biết thêm thông tin.

Phần 1.7 Những thay đổi đối với Quyền lợi & Chi phí Thuốc

Quý vị có nhận Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) để thanh toán chi phí bảo hiểm thuốc của mình không?

Nếu quý vị đang tham gia chương trình hỗ trợ thanh toán tiền thuốc (Trợ Giúp Bổ Sung), **thông tin về chi phí cho Thuốc Phần D có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một tài liệu riêng, gọi là *Phụ lục Chứng Từ Bảo Hiểm dành cho Người nhận Trợ Giúp Bổ Sung để Chi trả Chi phí Thuốc theo Đơn*, trong đó trình bày về chi phí thuốc của quý vị. Nếu quý vị nhận được Trợ Giúp Bổ Sung và không nhận được tài liệu này trước ngày 30 tháng 9, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) và yêu cầu *Phụ* lục LIS.

Các giai đoạn Thanh toán Thuốc

Có 3 **giai đoạn thanh toán thuốc:** Giai đoạn Khấu trừ Hàng năm, Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, và Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa.

- ***Giai Đoạn 1: Khoản Khấu Trừ Hàng Năm***

  Quý vị bắt đầu ở giai đoạn thanh toán này vào mỗi năm dương lịch. Trong giai đoạn này, quý vị trả toàn bộ chi phí thuốc Phần D của mình cho đến khi quý vị đạt đến khoản khấu trừ hàng năm.

- ***Giai Đoạn 2: Bảo Hiểm Ban Đầu***

  Sau khi quý vị thanh toán khoản khấu trừ hàng năm, quý vị sẽ chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu. Trong giai đoạn này, chương trình của chúng tôi chi trả phần của chương trình cho chi phí thuốc của quý vị, và quý vị chi trả phần của quý vị. Quý vị thường ở trong giai đoạn này cho đến khi chi phí tự trả lũy kế từ đầu năm đến nay của quý vị đạt **$2,400**.

- ***Giai Đoạn 3: Bảo Hiểm Thảm Họa***

  Đây là giai đoạn thanh toán thuốc thứ ba và cũng là cuối cùng. Trong giai đoạn này, quý vị không phải thanh toán gì cho thuốc Phần D được đài thọ của quý vị. Thông thường quý vị ở lại giai đoạn này trong thời gian còn lại của năm.

Chi phí Thuốc trong Giai đoạn 1: Khấu trừ Hàng năm

Bảng dưới đây cho thấy chi phí của quý vị cho mỗi toa thuốc trong giai đoạn này.

Giai đoạn	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
Khấu trừ Hàng năm	Nếu quý vị nhận được Trợ Giúp Bổ Sung, khoản khấu trừ của quý vị là **$0**. Trong giai đoạn này, quý vị trả **$0** cho tất cả các thuốc Phần D được chương trình chi trả. Nếu quý vị **không** nhận được Trợ Giúp Bổ Sung, khoản khấu **trừ là** $235. Khoản khấu trừ là **$235** ngoại trừ các sản phẩm insulin được bảo hiểm và hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn. Trong giai đoạn này, quý vị trả **$0** chia sẻ chi phí cho thuốc ở Bậc 1, **$0** chia sẻ chi phí cho thuốc ở Bậc 2 và toàn bộ chi phí cho thuốc ở Bậc 3, Bậc 4 và Bậc 5 cho đến khi quý vị đạt đến khoản khấu trừ hàng năm.	Nếu quý vị nhận được Trợ Giúp Bổ Sung, khoản khấu trừ của quý vị là **$0**. Tham khảo phụ lục LIS Rider của quý vị để biết các khoản chia sẻ chi phí của quý vị. Nếu quý vị **không** nhận được Trợ Giúp Bổ Sung, khoản khấu **trừ là** $700. Khoản khấu trừ là **$700** ngoại trừ các sản phẩm insulin được bảo hiểm và hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn. Trong giai đoạn này, quý vị trả **$0** chi phí chia sẻ cho các thuốc ở Bậc 1, **$0** chi phí chia sẻ cho các thuốc ở Bậc 2, **17%** chi phí chia sẻ cho các thuốc ở Bậc 3 và toàn bộ chi phí cho các thuốc ở Bậc 4 và Bậc 5 cho đến khi quý vị đạt đến khoản khấu trừ hàng năm.

Chi Phí Thuốc trong Giai đoạn 2: Bảo hiểm Ban đầu

Chúng tôi đã thay đổi bậc cho một số loại thuốc trong Hướng Dẫn Về Thuốc của chúng tôi. Để xem liệu thuốc của quý vị có thuộc bậc khác hay không, hãy tra cứu chúng trong Hướng Dẫn Về Thuốc.

Không phải tất cả các bậc đều có thể bao gồm insulin. Vui lòng tham khảo Hướng Dẫn Về Thuốc theo Đơn của quý vị để xác nhận phạm vi bảo hiểm insulin.

Bảng hiển thị chi phí của quý vị cho mỗi đơn thuốc cho nguồn cung cấp một tháng (30 ngày) được điền tại nhà thuốc trong mạng lưới với mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn và ưu tiên.

Hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn được bảo hiểm mà không mất chi phí đối với quý vị. Để biết thêm thông tin về chi phí vắc-xin, hoặc thông tin về chi phí cho nguồn cung dài hạn; hoặc đối với đơn thuốc đặt qua thư, hãy xem Chương 6 trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* của quý vị.

Sau khi quý vị đã thanh toán **$2,400** chi phí tự trả cho các thuốc theo Phần D được bảo hiểm, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa).

	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
Bậc 1: Thuốc Gốc Ưu tiên	*Chi phí chia sẻ tiêu chuẩn:* Quý vị trả **$0** cho nguồn cung một tháng tại nhà thuốc bán lẻ. Chi phí của quý vị cho một đơn thuốc đặt qua thư một tháng là **$10**. *Chi phí chia sẻ ưu tiên:* Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt qua thư một tháng là **$0**.	***Chi phí chia sẻ tiêu chuẩn:*** Quý vị trả **$0** cho nguồn cung một tháng tại nhà thuốc bán lẻ. Chi phí của quý vị cho một đơn thuốc đặt qua thư một tháng là **$10**. ***Chi phí chia sẻ ưu tiên:*** Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt qua thư một tháng là **$0**.
Bậc 2: Thuốc Gốc	*Chi phí chia sẻ tiêu chuẩn:* Quý vị trả **$0** cho nguồn cung một tháng tại nhà thuốc bán lẻ. Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt qua thư trong một tháng là **$20**. Quý vị trả **25%** tối đa **$20** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm cho đơn thuốc đặt qua thư ở bậc này. *Chi phí chia sẻ ưu tiên:* Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt qua thư một tháng là **$0**.	***Chi phí chia sẻ tiêu chuẩn:*** Quý vị trả **$0** cho nguồn cung một tháng tại nhà thuốc bán lẻ. Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt qua thư trong một tháng là **$20**. Quý vị trả **16%** tối đa **$20** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm cho đơn thuốc đặt qua thư ở bậc này. ***Chi phí chia sẻ ưu tiên:*** Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt qua thư một tháng là **$0**.

	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
Bậc 3: Thuốc Có Thương hiệu Ưu tiên	*Chi phí chia sẻ tiêu chuẩn:* Quý vị trả **25%** cho nguồn cung cấp mỗi tháng tại nhà thuốc bán lẻ. Quý vị trả **25%** tối đa **$35** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm tại nhà thuốc bán lẻ ở bậc này. Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt hàng qua thư một tháng là **25%**. Quý vị trả **25%** tối đa **$35** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm cho đơn thuốc đặt qua thư ở bậc này. *Chi phí chia sẻ ưu tiên:* Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt hàng qua thư một tháng là **25%**. Quý vị trả **25%** tối đa **$35** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm cho đơn thuốc đặt qua thư ở bậc này.	***Chi phí chia sẻ tiêu chuẩn:*** Quý vị trả **17%** cho mỗi lần cung cấp thuốc trong một tháng tại nhà thuốc bán lẻ. Quý vị trả **17%** tối đa **$35** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm tại nhà thuốc bán lẻ ở bậc này. Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt qua bưu điện một tháng là **17%**. Quý vị trả **17%** tối đa **$35** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm cho đơn thuốc đặt qua thư ở bậc này. ***Chi phí chia sẻ ưu tiên:*** Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt qua bưu điện một tháng là **17%**. Quý vị trả **17%** tối đa **$35** cho nguồn cung cấp mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm cho đơn thuốc đặt qua thư ở bậc này.
Bậc 4: Thuốc Không Ưu tiên	*Chi phí chia sẻ tiêu chuẩn:* Quý vị trả **25%** tổng chi phí cho mỗi nguồn cung cấp hàng tháng tại nhà thuốc bán lẻ. Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt hàng qua thư một tháng là **25%**. *Chi phí chia sẻ ưu tiên:* Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt hàng qua thư một tháng là **25%**.	***Chi phí chia sẻ tiêu chuẩn:*** Quý vị trả **46%** tổng chi phí cho mỗi tháng cung cấp thuốc tại nhà thuốc bán lẻ. Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt qua bưu điện một tháng là **46%**. ***Chi phí chia sẻ ưu tiên:*** Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt qua bưu điện một tháng là **46%**.

	2026 (năm nay)	2027 (năm tới)
Bậc 5: Bậc Thuốc Đặc biệt	*Chi phí chia sẻ tiêu chuẩn:* Quý vị trả **30%** tổng chi phí cho mỗi tháng cung cấp tại nhà thuốc bán lẻ. Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt qua thư trong một tháng là **30%**. *Chi phí chia sẻ ưu tiên:* Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt qua thư trong một tháng là **30%**.	***Chi phí chia sẻ tiêu chuẩn:*** Quý vị trả **25%** tổng chi phí cho mỗi nguồn cung cấp hàng tháng tại nhà thuốc bán lẻ. Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt hàng qua thư một tháng là **25%**. ***Chi phí chia sẻ ưu tiên:*** Chi phí của quý vị cho đơn thuốc đặt hàng qua thư một tháng là **25%**.

PHẦN 2 Cách Thay đổi Chương trình

Để tiếp tục ở trong Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP), quý vị không cần phải làm gì. Trừ khi quý vị đăng ký một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare hoặc chương trình thuốc khác, hoặc chuyển sang Original Medicare trước ngày 7 tháng 12, quý vị sẽ tự động được đăng ký vào Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình cho năm 2027, hãy làm theo các bước sau:

- **Để chuyển sang một chương trình sức khỏe Medicare khác**, hãy đăng ký vào chương trình mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy đăng ký khỏi Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP). Hãy nhớ rằng, không phải tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare đều bao gồm thuốc theo toa. Ngoài ra, hãy lưu ý rằng đối với nhiều chương trình, quý vị không thể tham gia một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare và đồng thời mua một chương trình thuốc theo toa.
- **Để chuyển sang Original Medicare với bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt**, quý vị có thể đăng ký vào một chương trình Phần D, và quý vị sẽ tự động bị hủy đăng ký khỏi Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP).
- **Để chuyển sang Original Medicare mà không có chương trình thuốc**, quý vị có thể gửi cho chúng tôi yêu cầu bằng văn bản để hủy đăng ký hoặc truy cập trang web của chúng tôi để hủy đăng ký trực tuyến tại www.humana.com/member/member-rights/disenrollment-and-cancellation. Gọi cho Bộ Phận Chăm Sóc Khách Hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) để biết thêm thông tin về cách thực hiện điều này. Hoặc gọi cho **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) và yêu cầu hủy đăng ký. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.
- **Để tìm hiểu thêm về Original Medicare và các loại chương trình Medicare khác nhau,** hãy truy cập Medicare.gov, xem sổ tay *Medicare & Quý Vị 2027*, gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị (đến Phần 4), hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Phần 2.1 Thời hạn Thay đổi Chương trình

Những người có Medicare có thể thực hiện thay đổi đối với bảo hiểm của mình từ ngày **15 Tháng Mười – ngày 7 Tháng Mười Hai** hàng năm.

Nếu quý vị đã đăng ký tham gia một chương trình Medicare Advantage có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2027 và không hài lòng với lựa chọn chương trình của mình, quý vị có thể chuyển sang một chương trình sức khỏe Medicare khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt) trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 năm 2027.

Phần 2.2 Có những thời điểm nào khác trong năm để thực hiện thay đổi không?

Trong một số trường hợp nhất định, mọi người có thể có cơ hội khác để thay đổi bảo hiểm của mình trong năm. Ví dụ bao gồm những người:

- Có Medicaid
- Nhận Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) để thanh toán cho thuốc của họ
- Có hoặc sẽ rời khỏi bảo hiểm của chủ lao động
- Chuyển đi khỏi vùng dịch vụ của chúng tôi

Vì quý vị có Apple Health (Medicaid), quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi bằng cách chọn một trong các tùy chọn Medicare sau đây vào bất kỳ tháng nào trong năm:

- Original Medicare *kèm* theo chương trình thuốc theo toa Medicare riêng,
- Original Medicare không kèm chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt (Nếu quý vị chọn tùy chọn này, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không tham gia ghi danh tự động.), hoặc
- Nếu hội đủ điều kiện, chương trình D-SNP tích hợp sẽ đài thọ Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong cùng một chương trình.

Nếu quý vị mới chuyển đến sống trong một cơ sở chăm sóc (như cơ sở điều dưỡng chuyên biệt hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn) hoặc hiện đang sống tại đó, quý vị có thể thay đổi phạm vi bảo hiểm Medicare của mình **bất cứ lúc nào**. Quý vị có thể chuyển sang bất kỳ chương trình sức khỏe Medicare nào khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt) bất kỳ lúc nào. Nếu quý vị mới rời khỏi một cơ sở, quý vị có cơ hội chuyển đổi chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare trong 2 tháng đầy đủ sau tháng quý vị rời đi.

PHẦN 3 Nhận Hỗ trợ Thanh toán Chi phí Thuốc Theo Toa

Quý vị có thể đủ điều kiện được trợ giúp trả tiền cho thuốc theo toa. Các loại trợ giúp khác nhau có sẵn:

- **Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare**. Những người có thu nhập hạn chế có thể đủ điều kiện nhận Trợ Giúp Bổ Sung để thanh toán chi phí thuốc theo toa của họ. Nếu quý vị đủ điều kiện, Medicare có thể chi trả đến 75% hoặc hơn chi phí thuốc của quý vị bao gồm phí bảo hiểm chương trình thuốc hàng tháng, các khoản khấu trừ hàng năm và khoản đồng bảo hiểm. Ngoài ra, những người đủ điều kiện sẽ không bị phạt do đăng ký muộn. Để xem quý vị có đủ điều kiện không, hãy gọi:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
  - Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213 từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai - Thứ Sáu để gặp đại diện. Tin nhắn tự động có sẵn 24 giờ một ngày. Người dùng TTY có thể gọi 1-800-325-0778.
  - Văn phòng Medicaid Tiểu bang của quý vị.

- **Hỗ Trợ Chi Phí Thuốc Theo Toa cho Người Bị HIV/AIDS.** Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS (ADAP) giúp đảm bảo rằng những người đủ điều kiện ADAP đang sống với HIV/AIDS có thể tiếp cận các loại thuốc HIV cứu sống họ. Để đủ điều kiện tham gia ADAP đang hoạt động tại tiểu bang của quý vị, quý vị phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng cư trú tại tiểu bang và tình trạng HIV, thu nhập thấp theo định nghĩa của tiểu bang, và tình trạng không có bảo hiểm/bảo hiểm không đầy đủ. Các loại thuốc theo Phần D của Medicare cũng được ADAP chi trả sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc theo toa thông qua chương trình ADAP. Để biết thông tin về tiêu chí đủ điều kiện, các loại thuốc được chi trả, cách đăng ký tham gia chương trình hoặc nếu quý vị đang tham gia chương trình, cách tiếp tục nhận hỗ trợ, hãy gọi cho chương trình ADAP (tên và số điện thoại của tổ chức này được liệt kê trong "Phụ lục A" ở phần cuối tài liệu này). Khi gọi điện, hãy nhớ thông báo cho họ biết tên chương trình hoặc số hợp đồng Medicare Phần D của quý vị.

- **Chương trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare.** Chương trình Thanh toán Thuốc theo Toa Medicare là một tùy chọn thanh toán hoạt động cùng với phạm vi bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị để giúp quý vị quản lý chi phí tự trả cho các loại thuốc được bảo hiểm theo chương trình của chúng tôi bằng cách phân bổ chúng trong suốt năm dương lịch (tháng Một – tháng Mười hai). Bất kỳ ai có chương trình thuốc Medicare hoặc chương trình sức khỏe Medicare có bảo hiểm thuốc (như chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc) đều có thể sử dụng tùy chọn thanh toán này. Nếu quý vị đang tham gia Chương trình Thanh toán Thuốc theo Toa Medicare và tiếp tục ở trong cùng một chương trình Phần D, việc tham gia của quý vị sẽ tự động được gia hạn cho năm 2027 — quý vị không cần gửi yêu cầu bầu chọn mới để tiếp tục tham gia vào năm 2027. **Tùy chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi phí của mình, nhưng nó không giúp quý vị tiết kiệm tiền hay giảm chi phí thuốc của quý vị.**

  Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare và sự hỗ trợ từ ADAP của quý vị, dành cho những ai đủ điều kiện, có lợi hơn so với việc tham gia Chương Trình Thanh Toán Đơn Thuốc Medicare. Để tìm hiểu thêm về tùy chọn thanh toán này, vui lòng gọi cho chúng tôi tại Bộ Phận Chăm Sóc Khách Hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) hoặc truy cập Medicare.gov.

PHẦN 4 Câu hỏi?

Nhận Hỗ trợ từ Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)

- **Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng** theo số **800-457-4708. (Người dùng TTY, gọi 711.)**

Chúng tôi sẵn sàng nhận cuộc gọi điện thoại từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần từ ngày 1 tháng 10 – ngày 31 tháng 3 và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Thứ Hai – Thứ Sáu từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9. Quý vị luôn có thể để lại thư thoại ngoài giờ làm việc, vào các ngày Thứ Bảy, Chủ Nhật và ngày lễ và chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị trong vòng một ngày làm việc. Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí.

- **Đọc *Chứng Từ Bảo Hiểm* 2027 của quý vị**

Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm này cung cấp cho quý vị tóm tắt các thay đổi về quyền lợi và chi phí của quý vị cho năm 2027. Để biết chi tiết, hãy truy cập *Chứng Từ Bảo Hiểm* năm 2027 của Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP). *Chứng Từ Bảo Hiểm* là mô tả pháp lý chi tiết về các quyền lợi trong chương trình của chúng tôi. Tài liệu này giải thích các quyền của quý vị và các quy tắc quý vị cần tuân theo để được hưởng các dịch vụ được bảo hiểm và thuốc theo toa. Xem *Chứng Từ Bảo Hiểm* trên trang web của chúng tôi tại **Humana.com/PlanDocuments** hoặc gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) để yêu cầu chúng tôi gửi bản sao qua đường bưu điện cho quý vị.

- **Truy cập Humana.com/FindCare**

Trang web của chúng tôi có thông tin cập nhật nhất về mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi (*Danh mục Nhà cung cấp*) và *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* của chúng tôi (*danh mục thuốc/Hướng Dẫn Về Thuốc*).

Nhận Tư vấn Miễn phí về Medicare

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (SHIP) là một chương trình chính phủ độc lập với các tư vấn viên được đào tạo ở mọi tiểu bang.

Gọi cho SHIP tại tiểu bang của quý vị để được tư vấn bảo hiểm sức khỏe cá nhân miễn phí. Họ có thể giúp quý vị hiểu các lựa chọn chương trình Medicare và Medicaid của mình và trả lời các câu hỏi về việc chuyển đổi chương trình. Thông tin liên hệ của SHIP tại tiểu bang của quý vị được liệt kê trong "Phụ lục A" ở phần cuối của tài liệu này.

Nhận Trợ giúp từ Medicare

- **Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

  Quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

- **Trò chuyện trực tiếp với Medicare.gov**

  Quý vị có thể trò chuyện trực tiếp tại www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Viết thư cho Medicare**

  Quý vị có thể viết thư cho Medicare theo địa chỉ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Truy cập Medicare.gov**

  Trang web chính thức của Medicare có thông tin về chi phí, bảo hiểm, và Xếp Hạng Sao chất lượng để giúp quý vị so sánh các chương trình sức khỏe Medicare trong khu vực của quý vị.

- **Đọc *Medicare & Quý Vị 2027***

  Sổ tay *Medicare & Quý Vị 2027* được gửi qua bưu điện đến những người có Medicare vào mỗi mùa thu. Sổ tay này có tóm tắt về quyền lợi, quyền và sự bảo vệ của Medicare, cũng như câu trả lời cho những câu hỏi thường gặp nhất về Medicare. Lấy một bản tại Medicare.gov hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Nhận Trợ giúp từ Medicaid
Gọi cho Apple Health (Medicaid) theo các số được liệt kê trong "Phụ Lục A" ở cuối tài liệu này để được trợ giúp về đăng ký Medicaid hoặc các câu hỏi về quyền lợi.

Phụ lục A- Thông tin Liên hệ Cơ quan Tiểu bang

Phần này cung cấp thông tin liên hệ cho các cơ quan nhà nước được đề cập trong Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm này. Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc tìm kiếm thông tin cần thiết, vui lòng liên hệ Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số điện thoại ở bìa sau của tập sách này.

WASHINGTON	
Tên và Thông tin Liên hệ SHIP	Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) Office of the Insurance Commissioner PO Box 40255 Olympia, WA 98504-0255 800-562-6900 (miễn phí) 360-586-0241 (TTY) http://www.insurance.wa.gov/shiba
Tổ chức Cải thiện Chất lượng	Acentra Health 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317 888-305-6759 TTY 711 844-878-7921 (fax) https://acentraqio.com/aboutus/contact/
Văn phòng Medicaid Tiểu bang	Apple Health (Medicaid) Cherry Street Plaza 626 8th Avenue SE Olympia, WA 98501 800-562-3022 (miễn phí) 711 (TTY) http://www.hca.wa.gov/
Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS	Washington State AIDS Drug Assistance Program (ADAP)Early Intervention Program (EIP). Client Services PO Box 47841 Olympia, WA 98504 877-376-9316 (trong tiểu bang Washington) 360-664-2216 (fax) 360-236-3426 http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/HIVCareClientServices/ADAPandEIP

Thông báo về Thực hành Bảo mật của Insurance ACE

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ VÀ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TRUY CẬP THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG XEM XÉT KỸ LƯỠNG.

Sự riêng tư của thông tin cá nhân và sức khỏe của quý vị là quan trọng. Quý vị không cần phải làm gì trừ khi quý vị có yêu cầu hoặc khiếu nại.

Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư này áp dụng cho tất cả các tổ chức thuộc Insurance ACE, một Tổ Chức Bảo Hiểm Liên Kết theo HIPAA. ACE là một nhóm các tổ chức bảo hiểm độc lập về mặt pháp lý có liên kết với nhau và đã chỉ định bản thân là một tổ chức bảo hiểm duy nhất cho các mục đích của HIPAA. Danh sách đầy đủ các thành viên của ACE có tại **https://huma.na/insuranceace**.

Chúng tôi có thể thay đổi các thực hành quyền riêng tư và các điều khoản của thông báo này vào bất kỳ lúc nào, theo quy định của pháp luật, bao gồm thông tin chúng tôi đã tạo ra hoặc nhận được trước khi thực hiện các thay đổi. Khi chúng tôi thực hiện thay đổi đáng kể trong các thực hành quyền riêng tư, chúng tôi sẽ thay đổi thông báo này và gửi thông báo đến những người đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi.

Thông tin cá nhân hoặc sức khỏe không công khai là gì?
Thông tin cá nhân hoặc sức khỏe không công khai bao gồm cả thông tin y tế và thông tin cá nhân, như tên, địa chỉ, số điện thoại, số An Sinh Xã Hội, số tài khoản, thông tin thanh toán hoặc thông tin nhân khẩu học của quý vị. Thuật ngữ "thông tin" trong thông báo này bao gồm bất kỳ thông tin cá nhân và sức khỏe không công khai nào. Điều này bao gồm thông tin được tạo ra hoặc nhận được bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe. Thông tin liên quan đến sức khỏe thể chất hoặc tâm thần hay tình trạng của quý vị, việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị, hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó.

Chúng tôi thu thập thông tin về quý vị như thế nào?
Chúng tôi thu thập thông tin về quý vị và gia đình quý vị khi quý vị điền vào các đơn đăng ký và mẫu biểu. Chúng tôi cũng thu thập thông tin từ các giao dịch của quý vị với chúng tôi, các chi nhánh của chúng tôi, hoặc những người khác. Ví dụ, chúng tôi có thể nhận thông tin về quý vị từ những người tham gia trong hệ thống chăm sóc sức khỏe, chẳng hạn như bác sĩ hoặc bệnh viện của quý vị, cũng như từ người sử dụng lao động hoặc người quản lý chương trình bảo hiểm, các cơ quan tín dụng, và Cục Thông Tin Y Tế.

Chúng tôi nhận được thông tin gì về quý vị?
Thông tin chúng tôi nhận được có thể bao gồm các mục như tên, địa chỉ, số điện thoại, ngày sinh, số An Sinh Xã Hội, lịch sử thanh toán phí bảo hiểm của quý vị, và hoạt động của quý vị trên trang web của chúng tôi. Điều này cũng bao gồm thông tin liên quan đến chương trình quyền lợi y tế, các quyền lợi sức khỏe và đánh giá rủi ro sức khỏe của quý vị.

Chúng tôi bảo vệ thông tin của quý vị như thế nào?
Chúng tôi có trách nhiệm bảo vệ sự riêng tư của thông tin của quý vị ở tất cả các định dạng bao gồm thông tin điện tử và thông tin bằng lời nói. Chúng tôi có các biện pháp bảo vệ về mặt hành chính, kỹ thuật và vật lý để bảo vệ thông tin của quý vị theo nhiều cách khác nhau bao gồm:

- Hạn chế những người có thể xem thông tin của quý vị
- Hạn chế cách chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ thông tin của quý vị
- Thông báo cho quý vị về nghĩa vụ pháp lý của chúng tôi liên quan đến thông tin của quý vị
- Đào tạo nhân viên của chúng tôi về chương trình và quy trình bảo mật thông tin của chúng tôi

Chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin của quý vị như thế nào?

Chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin của quý vị:

- Cho quý vị hoặc người có quyền hợp pháp để hành động thay mặt quý vị
- Cho Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh

Chúng tôi có quyền sử dụng và tiết lộ thông tin của quý vị:

- Cho bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc y tế.
- Cho các hoạt động thanh toán, bao gồm thanh toán yêu cầu bồi thường cho các dịch vụ được bảo hiểm do các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp cho quý vị và thanh toán phí bảo hiểm y tế.
- Cho các hoạt động vận hành chăm sóc sức khỏe, bao gồm xử lý đăng ký của quý vị, phản hồi các yêu cầu của quý vị, phối hợp chăm sóc của quý vị, cải thiện chất lượng và xác định phí bảo hiểm.
- Để thực hiện các hoạt động thẩm định bảo hiểm. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ không sử dụng bất kỳ kết quả xét nghiệm di truyền nào hoặc đặt câu hỏi liên quan đến tiền sử bệnh gia đình.
- Cho nhà tài trợ chương trình của quý vị để cho phép họ thực hiện các chức năng quản lý chương trình như các hoạt động xác định điều kiện, đăng ký và hủy đăng ký. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin sức khỏe tổng hợp về quý vị với nhà tài trợ chương trình của quý vị trong một số tình huống nhất định. Ví dụ, để cho phép nhà tài trợ chương trình của quý vị nhận báo giá từ các chương trình bảo hiểm sức khỏe khác. Thông tin sức khỏe chi tiết của quý vị sẽ không được chia sẻ với nhà tài trợ chương trình của quý vị. Chúng tôi sẽ xin phép quý vị, hoặc nhà tài trợ chương trình của quý vị phải xác nhận rằng họ đồng ý duy trì sự bảo mật thông tin của quý vị.
- Để liên hệ với quý vị về thông tin liên quan đến các quyền lợi và dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhắc nhở lịch hẹn, hoặc các phương án điều trị thay thế có thể phù hợp với quý vị. Nếu quý vị đã chọn không tham gia, chúng tôi sẽ không liên hệ với quý vị.
- Cho gia đình và bạn bè của quý vị nếu quý vị không thể giao tiếp, chẳng hạn như trong trường hợp khẩn cấp.
- Cho gia đình và bạn bè của quý vị, hoặc bất kỳ người nào khác mà quý vị chỉ định. Điều này áp dụng nếu thông tin có liên quan trực tiếp đến sự tham gia của họ vào việc chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc đó. Ví dụ, nếu một thành viên gia đình hoặc người chăm sóc gọi cho chúng tôi và đã biết trước về một yêu cầu bồi thường, chúng tôi có thể xác nhận liệu yêu cầu bồi thường đó đã được nhận và thanh toán hay chưa.
- Để cung cấp thông tin thanh toán cho người đăng ký nhằm xác nhận với Sở Thuế vụ.
- Cho các cơ quan y tế công cộng, nếu chúng tôi tin rằng có mối đe dọa nghiêm trọng về sức khỏe hoặc an toàn.
- Cho các cơ quan có thẩm quyền thích hợp khi có các vấn đề về lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình.
- Để phản hồi lệnh của tòa án hoặc lệnh hành chính, trát hầu tòa, yêu cầu khám phá chứng cứ, hoặc các thủ tục pháp lý hợp pháp khác.
- Cho mục đích thực thi pháp luật, cho các cơ quan quân sự và theo yêu cầu của pháp luật.
- Để hỗ trợ các nỗ lực cứu trợ thảm họa.
- Cho các chương trình tuân thủ và các hoạt động giám sát chăm sóc sức khỏe.
- Để thực hiện các nghĩa vụ của chúng tôi theo bất kỳ luật hoặc hợp đồng bồi thường tai nạn lao động nào.
- Để ngăn chặn mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc sức khỏe hoặc sự an toàn của người khác.
- Cho mục đích nghiên cứu trong các trường hợp hạn chế và với điều kiện họ đã thực hiện các biện pháp thích hợp để bảo vệ quyền riêng tư của quý vị.
- Để thu nhận, lưu trữ hoặc cấy ghép nội tạng, mắt hoặc mô.
- Cho điều tra viên tử thi, pháp y hoặc giám đốc nhà tang lễ.

Các hạn chế bổ sung về việc sử dụng và tiết lộ đối với các loại thông tin cụ thể:

- Một số luật liên bang và tiểu bang có thể hạn chế việc sử dụng và tiết lộ một số thông tin sức khỏe nhạy cảm nhất định như: Hồ sơ Rối Loạn Sử Dụng Chất ("SUD") thuộc phạm vi điều chỉnh của 42 CFR Phần 2 ("Phần 2"); Thông Tin Sinh Trắc Học; Lạm Dụng hoặc Bỏ Bê Trẻ Em hoặc Người Lớn bao gồm Tấn Công Tình Dục; Bệnh Truyền Nhiễm; Thông Tin Di Truyền; HIV/AIDS; Sức Khỏe Tâm Thần; Sức Khỏe Sinh Sản; và Bệnh Lây Truyền Qua Đường Tình Dục.

- Nếu chúng tôi nhận được hồ sơ SUD Phần 2, chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ các hồ sơ đó, hoặc cung cấp lời khai truyền đạt nội dung của các hồ sơ đó, trong bất kỳ thủ tục tố tụng dân sự, hình sự, hành chính hoặc lập pháp nào chống lại quý vị trừ khi việc tiết lộ đó dựa trên sự đồng ý bằng văn bản của quý vị (tách biệt với sự đồng ý của quý vị cho bất kỳ mục đích sử dụng hoặc tiết lộ nào khác), hoặc lệnh của tòa án sau khi thông báo và cơ hội được lắng nghe được cung cấp cho quý vị, theo quy định của Phần 2. Lệnh tòa án cho phép sử dụng hoặc tiết lộ Hồ Sơ SUD Phần 2 phải kèm theo lệnh triệu tập hoặc yêu cầu pháp lý khác bắt buộc tiết lộ trước khi hồ sơ được yêu cầu được sử dụng hoặc tiết lộ.

Chúng tôi có sử dụng thông tin của quý vị cho các mục đích không được mô tả trong thông báo này không?
Chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin của quý vị vì bất kỳ lý do nào không được mô tả trong thông báo này mà không có sự cho phép bằng văn bản của quý vị. Quý vị có thể hủy bỏ sự cho phép của mình bất cứ lúc nào bằng cách thông báo cho chúng tôi bằng văn bản. Các mục đích sử dụng và tiết lộ sau đây sẽ yêu cầu sự cho phép bằng văn bản của quý vị:

- Hầu hết các mục đích sử dụng và tiết lộ ghi chú trị liệu tâm lý và ghi chú tư vấn SUD
- Mục đích tiếp thị
- Bán thông tin cá nhân và sức khỏe
- Thông tin y tế được tiết lộ theo Thông Báo này cho một tổ chức không phải là đơn vị được bảo vệ bởi HIPAA hoặc đối tác kinh doanh, có thể bị tổ chức nhận tiết lộ và có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật liên bang hoặc tiểu bang (chẳng hạn như HIPAA).

Chúng tôi làm gì với thông tin của quý vị khi quý vị không còn là thành viên nữa?
Thông tin của quý vị có thể tiếp tục được sử dụng cho các mục đích được mô tả trong thông báo này. Điều này bao gồm khi quý vị không tham gia bảo hiểm thông qua chúng tôi. Sau thời gian lưu trữ pháp lý bắt buộc, chúng tôi hủy thông tin theo các quy trình nghiêm ngặt để duy trì tính bảo mật.

Quyền của tôi liên quan đến thông tin của tôi là gì?
Chúng tôi cam kết phản hồi yêu cầu về quyền của quý vị một cách kịp thời.

- Quyền Truy Cập - Quý vị có quyền xem xét và nhận bản sao thông tin của mình có thể được sử dụng để đưa ra các quyết định liên quan đến quý vị. Quý vị cũng có thể nhận bản tóm tắt thông tin sức khỏe này. Theo yêu cầu của pháp luật hiện hành, chúng tôi sẽ cung cấp thông tin cá nhân này cho quý vị hoặc cho người đại diện được quý vị chỉ định.
- Quyết định Thẩm định Bảo hiểm Bất lợi - Nếu chúng tôi từ chối đơn đăng ký bảo hiểm của quý vị, quý vị có quyền được cung cấp lý do từ chối.
- Liên lạc Thay thế - Để tránh tình huống đe dọa tính mạng, quý vị có quyền nhận thông tin của mình theo cách khác hoặc tại một địa điểm khác. Chúng tôi sẽ đáp ứng yêu cầu của quý vị nếu yêu cầu đó là hợp lý.
- Sửa Đổi - Quý vị có quyền yêu cầu chỉnh sửa bất kỳ thông tin cá nhân nào thông qua việc bổ sung hoặc xóa bỏ. Trong vòng 60 ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu bằng văn bản của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về việc sửa đổi hoặc xóa bỏ thông tin đang tranh chấp, hoặc về việc chúng tôi từ chối thực hiện việc chỉnh sửa đó sau khi điều tra thêm.
- Nếu chúng tôi từ chối sửa đổi hoặc xóa thông tin đang tranh chấp, quý vị có quyền gửi cho chúng tôi một bản tuyên bố bằng văn bản nêu rõ lý do quý vị không đồng ý với đánh giá của chúng tôi về thông tin đang tranh chấp và những gì quý vị cho là thông tin chính xác. Chúng tôi sẽ cho phép bất kỳ và tất cả các bên xem xét thông tin đang tranh chấp được tiếp cận bản tuyên bố đó.*
- Công bố - Quý vị có quyền nhận danh sách các trường hợp mà chúng tôi hoặc các đối tác kinh doanh của chúng tôi đã tiết lộ thông tin của quý vị. Điều này không áp dụng cho việc điều trị, thanh toán, hoạt động của chương trình bảo hiểm sức khỏe và một số hoạt động nhất định khác. Chúng tôi lưu giữ thông tin này và cung cấp cho quý vị trong sáu năm. Nếu quý vị yêu cầu danh sách này nhiều hơn một lần trong khoảng thời gian 12 tháng, chúng tôi có thể tính một khoản phí hợp lý dựa trên chi phí thực tế.
- Thông báo - Quý vị có quyền yêu cầu và nhận bản sao bằng văn bản của thông báo này bất kỳ lúc nào.

- Hạn Chế - Quý vị có quyền yêu cầu giới hạn cách thông tin của quý vị được sử dụng hoặc tiết lộ. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với giới hạn đó, nhưng nếu chúng tôi đồng ý, chúng tôi sẽ tuân thủ thỏa thuận của mình. Quý vị cũng có quyền đồng ý hoặc chấm dứt một giới hạn đã được gửi trước đó.

* Quyền này chỉ áp dụng cho cư dân Massachusetts của chúng tôi theo quy định của tiểu bang.

Nếu tôi cho rằng quyền riêng tư của mình bị vi phạm, tôi nên làm gì?
Nếu quý vị tin rằng quyền riêng tư của mình đã bị vi phạm, quý vị có thể gửi khiếu nại đến chúng tôi bằng cách gọi cho chúng tôi theo số **866-861-2762** bất cứ lúc nào.
Quý vị cũng có thể gửi khiếu nại bằng văn bản đến Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân quyền (OCR). Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị địa chỉ khu vực OCR thích hợp theo yêu cầu. Quý vị cũng có thể gửi khiếu nại qua email đến **OCRComplaint@hhs.gov**. Nếu quý vị chọn nộp đơn khiếu nại, quyền lợi của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng và chúng tôi sẽ không trừng phạt hoặc trả thù quý vị theo bất kỳ cách nào.

Chúng tôi ủng hộ quyền của quý vị trong việc bảo vệ sự riêng tư của thông tin cá nhân và sức khỏe của quý vị.

Trách nhiệm của chúng tôi
- Chúng tôi được pháp luật yêu cầu duy trì tính riêng tư và bảo mật thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị.
- Chúng tôi sẽ thông báo kịp thời cho quý vị nếu xảy ra vi phạm có thể ảnh hưởng đến quyền riêng tư hoặc bảo mật thông tin của quý vị.
- Chúng tôi phải tuân theo các nghĩa vụ và thực hành bảo mật được mô tả trong thông báo này và cung cấp cho quý vị bản sao của thông báo đó.
- Chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị ngoài những gì được mô tả ở đây trừ khi quý vị cho chúng tôi biết bằng văn bản rằng quý vị cho phép. Nếu quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị cho phép, quý vị có thể thay đổi ý định bất cứ lúc nào. Hãy cho chúng tôi biết bằng văn bản nếu quý vị thay đổi ý kiến.

Chúng tôi có thể thay đổi các điều khoản của thông báo này, và những thay đổi đó sẽ áp dụng cho tất cả thông tin chúng tôi có về quý vị. Thông báo mới sẽ có sẵn theo yêu cầu, tại văn phòng của chúng tôi và trên trang web của chúng tôi.

Làm thế nào để tôi thực hiện các quyền của mình hoặc lấy bản sao của thông báo này?
Tất cả các quyền riêng tư của quý vị có thể được thực hiện bằng cách lấy các mẫu đơn áp dụng. Quý vị có thể nhận bất kỳ mẫu đơn nào bằng cách:

- Liên hệ với chúng tôi theo số 866-861-2762
- Truy cập trang web của chúng tôi tại **Humana.com** và truy cập liên kết Thực hành Bảo mật

- Gửi mẫu yêu cầu đã hoàn thành đến:
  Humana Inc.
  Privacy Office 003/10911
  101 E. Main Street
  Louisville, KY 40202

Thông báo không phân biệt đối xử

Humana Inc. và các công ty con của Humana Inc. tuân thủ các điều luật hiện hành về dân quyền của Liên bang và không phân biệt đối xử hoặc loại trừ mọi người vì lý do chủng tộc, màu da, tôn giáo, giới tính, bản dạng giới, giới, khuynh hướng tính dục, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, quốc gia xuất thân, tình trạng quân nhân, tình trạng cựu chiến binh, thông tin di truyền, tổ tiên, dân tộc, tình trạng hôn nhân, ngôn ngữ, tình trạng sức khỏe hoặc nhu cầu về dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
Humana Inc.:

- Cung cấp cho người khuyết tật các điều chỉnh hợp lý và các phương tiện hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp miễn phí để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như:
  - Phiên dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có chuyên môn
  - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác).
- Cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, có thể bao gồm:
  - Phiên dịch viên có chuyên môn
  - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác.

Nếu quý vị cần các điều chỉnh hợp lý, các phương tiện hỗ trợ phù hợp hoặc dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, hãy liên hệ **877-320-1235 (TTY: 711)**. Giờ hoạt động: 8 giờ sáng - 8 giờ tối, giờ miền Đông. Nếu quý vị tin rằng Humana Inc. đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc đã phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, tôn giáo, giới tính, bản dạng giới, giới tính, khuynh hướng tình dục, độ tuổi, khuyết tật, nguồn gốc quốc gia, tình trạng quân nhân, tình trạng cựu chiến binh, thông tin di truyền, dòng dõi tổ tiên, dân tộc, tình trạng hôn nhân, ngôn ngữ, tình trạng sức khỏe, hoặc nhu cầu về dịch vụ y tế, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp hoặc qua thư bưu điện hoặc email với Điều phối viên Không Phân biệt Đối xử của Humana Inc. tại P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, hoặc **accessibility@humana.com**. Nếu quý vị cần hỗ trợ nộp đơn khiếu nại, Điều phối viên Không Phân biệt Đối xử của Humana Inc. có thể giúp quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại lên Văn phòng Dân quyền thuộc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ qua phương thức điện tử hoặc thông qua Cổng thông tin Khiếu nại của Văn phòng Dân quyền tại trang web **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, hoặc gửi qua đường bưu điện theo địa chỉ hoặc qua số điện thoại sau:

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).**

Thành viên tại California:
Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về quyền dân sự tới Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California, Văn phòng Quyền Dân sự bằng cách gọi **916-440-7370 (TTY: 711)**, gửi email đến **Civilrights@dhcs.ca.gov**, hoặc qua thư bưu điện tại: Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. Các mẫu khiếu nại có tại: **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

Thông báo này có tại **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.

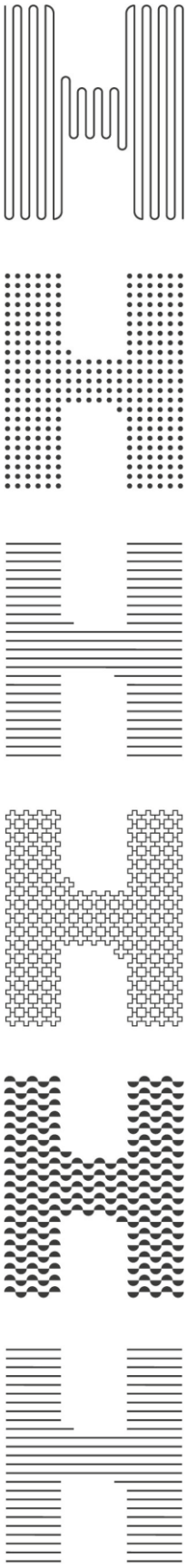
اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **877-320-1235 (TTY: 711)**۔

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**.

Ghi chú



Sẵn sàng xem xét? **Chúng tôi sẵn sàng hỗ trợ quý vị.**

Bắt đầu từ ngày 15 tháng 10 năm 2026, quý vị có thể xem lại các tài liệu chương trình năm 2027. Quý vị sẽ có thể tìm thấy thông tin mình cần một cách nhanh chóng bằng một lần tìm kiếm đơn giản, bao gồm:

- *Chứng Từ Bảo Hiểm* cùng với Quyền và Trách nhiệm của Thành viên.
- Chi tiết chương trình, quyền lợi và chi phí.
- *Danh mục Nhà cung cấp* cho phép quý vị tìm kiếm theo chuyên khoa, địa điểm hoặc tình trạng bệnh.
- *Hướng Dẫn Về Thuốc* để biết danh sách các loại thuốc được bảo hiểm trong chương trình của quý vị.

Xem lại tài liệu chương trình Medicare năm 2027 của quý vị tại **Humana.com/Renewal**. Để xem toàn bộ quyền lợi chương trình Medicare Humana của quý vị, hãy truy cập *Chứng Từ Bảo Hiểm*. Quyền Lợi Y Tế của quý vị nằm trong Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bảo hiểm) trong Chương 4. Quyền Lợi Nhà Thuốc của quý vị nằm trong Những gì quý vị phải trả cho thuốc Phần D trong Chương 6.

Chúng tôi luôn ở đây vì quý vị. Nếu quý vị cần hỗ trợ khi sử dụng các công cụ trực tuyến này, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ ID thành viên Humana của quý vị để được hỗ trợ.

Để có bản in của các tài liệu này, hãy gọi **800-457-4708 (TTY: 711)**, 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Vui lòng chuẩn bị sẵn thẻ ID thành viên Humana của quý vị. Khi được hỏi lý do quý vị gọi, hãy nói "*Evidence of Coverage*" (*Chứng Từ Bảo Hiểm*) hoặc "*Provider Directory*" (*Danh Mục Nhà Cung Cấp*). Vui lòng chờ tối đa hai tuần để nhận tài liệu qua thư.

Chúng tôi cập nhật các chương trình hàng năm dựa trên nguồn tài trợ Medicare, các thay đổi chính sách và ưu tiên của thành viên.

Với tư cách là thành viên Humana, quý vị có thể nhận được các cuộc gọi về các sản phẩm bảo hiểm khác. Để từ chối, hãy gọi số Chăm sóc Khách hàng ở mặt sau thẻ ID của quý vị.

Humana®

Y0040_GHZQHEGVI_C

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

H5619166000ANOCVI27

Thông tin quan trọng về những thay đổi đối với chương trình Medicare Advantage và chương trình thuốc theo toa của quý vị



Xem bên trong

Đây là tóm tắt về chương trình **Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)** của quý vị, có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1 năm 2027.

Humana®

Humana.com
800-457-4708 (TTY: 711)