2027

Tóm tắt Quyền lợi

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

Washington

Các Quận được Chọn ở WA

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các hạt sau ở Washington: Adams, Asotin, Benton, Chelan, Clark, Columbia, Cowlitz, Douglas, Ferry, Franklin, Garfield, Grant, Island, Jefferson, King, Kitsap, Kittitas, Klickitat, Lewis, Lincoln, Mason, Okanogan, Pacific, Pend Oreille, Pierce, San Juan, Skagit, Skamania, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Wahkiakum, Walla Walla, Whatcom, Whitman.

Humana.

H5619_SB_MAPD_HMO_166000_2027_VI_M

Danh sách kiểm tra trước khi Đăng ký

Trước khi đưa ra quyết định đăng ký, điều quan trọng là quý vị phải hiểu đầy đủ về các quyền lợi và quy định của chúng tôi. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có thể gọi điện và nói chuyện với đại diện dịch vụ khách hàng theo số **888-873-0686 (TTY: 711)**.

Tìm hiểu về Quyền lợi

- ☐ Tài liệu Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC) cung cấp danh sách đầy đủ tất cả các bảo hiểm và dịch vụ. Điều quan trọng là phải xem xét phạm vi bảo hiểm, chi phí và quyền lợi của chương trình trước khi quý vị đăng ký. Truy cập **Humana.com/medicare** hoặc gọi **888-873-0686 (TTY: 711)** để xem bản sao EOC.
- ☐ Xem lại danh mục nhà cung cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo các bác sĩ quý vị đang khám hiện tại nằm trong mạng lưới. Nếu họ không được liệt kê, điều đó có nghĩa là quý vị có thể sẽ phải chọn một bác sĩ mới.
- ☐ Xem lại danh mục nhà thuốc để đảm bảo nhà thuốc quý vị sử dụng cho các thuốc theo toa nằm trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc không được liệt kê, quý vị có thể sẽ phải chọn một nhà thuốc mới cho các đơn thuốc của mình.
- ☐ Xem lại danh mục thuốc (Hướng Dẫn Về Thuốc) để đảm bảo các loại thuốc của quý vị được bảo hiểm.

Tìm hiểu các Quy tắc Quan trọng

- ☐ Quý vị phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm Medicare Phần B. Khoản phí bảo hiểm này thường được trừ vào séc An sinh Xã hội của quý vị hàng tháng. Phí bảo hiểm Phần A/Phần B có thể được Apple Health (Medicaid) chi trả.
- ☐ Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2028.
- ☐ **Ảnh hưởng đến Bảo hiểm Hiện tại.** Nếu quý vị hiện đang tham gia một chương trình Medicare Advantage, quyền bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Medicare Advantage hiện tại của quý vị sẽ kết thúc khi quyền bảo hiểm Medicare Advantage mới của quý vị bắt đầu. Nếu quý vị có TRICARE, quyền bảo hiểm của quý vị có thể bị ảnh hưởng khi quyền bảo hiểm Medicare Advantage mới của quý vị bắt đầu. Vui lòng liên hệ TRICARE để biết thêm thông tin. Nếu quý vị có chương trình Medigap, khi quyền bảo hiểm Medicare Advantage của quý vị bắt đầu, quý vị có thể muốn hủy hợp đồng Medigap của mình vì quý vị sẽ phải trả tiền cho quyền bảo hiểm mà quý vị không thể sử dụng.
- ☐ Trừ các trường hợp khẩn cấp hoặc cấp bách, chúng tôi không chi trả cho các dịch vụ của nhà cung cấp ngoài mạng lưới (các bác sĩ không được liệt kê trong danh mục nhà cung cấp).
- ☐ Chương trình này là chương trình nhu cầu đặc biệt dành cho người đủ điều kiện kép (D-SNP). Khả năng đăng ký của quý vị sẽ dựa trên việc xác minh rằng quý vị có quyền hưởng cả Medicare và hỗ trợ y tế từ chương trình tiểu bang theo Medicaid. Chương trình này có thể đăng ký QI, QMB, SLMB.

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

Tìm hiểu thêm về chương trình Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) – bao gồm các dịch vụ y tế và thuốc mà chương trình này chi trả – trong cuốn sách nhỏ dễ sử dụng này.

Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) là chương trình Dành cho Người Hưởng Hai Chế độ có Nhu cầu Đặc biệt, có hợp đồng với Medicare và hợp đồng với chương trình Apple Health (Medicaid). Việc ghi danh vào chương trình bảo hiểm này của Humana sẽ phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Thông tin quyền lợi được cung cấp là tóm tắt về những gì chúng tôi chi trả và những gì quý vị phải trả. Tài liệu này không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi bảo hiểm hoặc mọi giới hạn hay ngoại lệ. Để biết danh sách đầy đủ các dịch vụ chúng tôi chi trả, vui lòng tham khảo Chứng Từ Bảo Hiểm của chương trình trên trang web của chúng tôi, **Humana.com/PlanInformation** .

Là thành viên, quý vị phải chọn một bác sĩ trong mạng lưới trong khu vực dịch vụ được liệt kê trong tập sách này để đóng vai trò là Nhà cung cấp Chăm sóc Chính (PCP) của quý vị. Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) có mạng lưới bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc và các nhà cung cấp dịch vụ khác. Nếu quý vị sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ không nằm trong mạng lưới của chúng tôi, chương trình có thể không chi trả cho các dịch vụ này trừ khi dịch vụ được bảo hiểm theo các quy tắc ngoài mạng lưới hoặc điểm dịch vụ của chương trình, hoặc áp dụng một ngoại lệ khác.

Quý vị có quyền tiếp cận Người Quản lý Chăm sóc. Người Quản lý Chăm sóc là các y tá hoặc điều phối viên chăm sóc hỗ trợ sức khỏe và phúc lợi của quý vị bằng cách cung cấp các dịch vụ bổ sung bao gồm quản lý chăm sóc cấp tính và mãn tính, hỗ trợ sức khỏe qua điện thoại và trực tiếp, hỗ trợ phối hợp quyền lợi Medicare và Medicaid, tài nguyên và hội thảo giáo dục, cũng như hỗ trợ cho gia đình và người chăm sóc.

Để đủ điều kiện

Nếu quý vị nhận được cả quyền lợi Medicare và Medicaid, điều này có nghĩa là quý vị đủ điều kiện kép. Để đăng ký Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP), một Chương trình Dành cho Người Hưởng Hai Chế độ có Nhu cầu Đặc biệt, Quý vị phải có quyền hưởng Medicare Phần A và đã đăng ký Medicare Phần B, sinh sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi, và đồng thời nhận được một số mức hỗ trợ nhất định từ Apple Health (Medicaid).

Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) có thể đăng ký QI, QMB, SLMB.

Cá Nhân Đủ Điều Kiện (QI): Giúp trả phí bảo hiểm Phần B.

Người Thụ Hưởng Medicare Đủ Điều Kiện (QMB): Hỗ trợ thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B, và các khoản chia sẻ chi phí khác (như khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán).

Người Thụ Hưởng Medicare Thu Nhập Thấp Được Chỉ Định (SLMB): Giúp trả phí bảo hiểm Phần B.

Tên chương trình

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

Thêm thông tin về Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP)

Tùy thuộc vào mức độ đủ điều kiện nhận hỗ trợ của quý vị theo chương trình Medicaid của tiểu bang,

Humana.

Quý vị có thể hoặc không phải chịu các yêu cầu chia sẻ chi phí. Bảng so sánh Quyền lợi Medicaid cho thấy các quyền lợi cụ thể mà Medicaid có thể chi trả cho một số thành viên đủ điều kiện kép. Quý vị sẽ làm việc với người điều phối chăm sóc của Humana để hiểu và tiếp cận các quyền lợi này. Bảng Quyền Lợi Y Tế và Bệnh Viện Được Bảo Hiểm cho thấy các quyền lợi quý vị sẽ nhận được từ Humana.

Hãy nhớ xuất trình thẻ ID Apple Health (Medicaid) cùng với thẻ thành viên Humana của quý vị để cho nhà cung cấp dịch vụ biết rằng quý vị cũng có bảo hiểm Medicaid. Quý vị có thể được yêu cầu thanh toán một khoản đồng thanh toán nhỏ dành riêng cho Medicaid. Các dịch vụ của quý vị được thanh toán trước bởi Humana và sau đó bởi Medicaid.

Cách liên hệ với chúng tôi

Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi của mình hoặc mức độ đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ Medicaid, quý vị nên liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Humana hoặc Apple Health (Medicaid) để biết thêm chi tiết.

Nếu quý vị là thành viên của chương trình này, hãy gọi đến số miễn phí: **800-457-4708 (TTY: 711)** .

Nếu quý vị **không** phải là thành viên của chương trình này, hãy gọi đến số miễn phí:
888-873-0686 (TTY: 711) .

Quý vị có thể gọi cho chúng tôi bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Xin lưu ý rằng hệ thống điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của quý vị vào các ngày cuối tuần và ngày lễ.

Hoặc truy cập trang web của chúng tôi:
Humana.com/Medicare

Quyền lợi Medicaid được xác nhận lần cuối vào ngày 07/01/2026 và có thể thay đổi. Để biết thông tin bảo hiểm Medicaid Washington cập nhật nhất, vui lòng truy cập trang web Apple Health (Medicaid) tại **http://www.hca.wa.gov/** hoặc gọi Đường dây nóng Medicaid theo số 800-562-3022 (miễn phí) 711 (TTY).

Một mối quan hệ đối tác lành mạnh



Nhận được nhiều hơn từ chương trình này — với các dịch vụ và nguồn lực bổ sung được cung cấp bởi Humana!

Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng, Khoản Khấu Trừ và Giới Hạn

Phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình	**$0** Quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình. Phí bảo hiểm Phần A và/hoặc Phần B của quý vị có thể được thanh toán thay mặt quý vị bởi Chương trình Apple Health (Medicaid).
Khoản khấu trừ y tế * Quý vị trả cùng mức phí như khi sử dụng Original Medicare.	**$0** hoặc **$283** * đối với các dịch vụ Phần B trong mạng lưới, tùy thuộc vào mức độ đủ điều kiện Medicaid của quý vị. 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 Quản Lý 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 Dịch Vụ Phòng Cấp Cứu Các Dịch Vụ Phòng Ngừa Được Medicare Chi Trả Thuốc Insulin Thuộc Medicare Phần B Thuốc Medicare Phần B Khác Dịch Vụ Máu Ngoại Trú Các Dịch Vụ Phần A (Chăm Sóc Tại Nhà, Nội Trú và Điều Dưỡng Có Kỹ Năng) Các Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp tại Trung Tâm Chăm Sóc Khẩn Cấp Các Dịch Vụ Không Được Original Medicare Chi Trả (tức là, Quyền Lợi Bổ Sung)
Khoản khấu trừ nhà thuốc (Phần D)	Nếu quý vị nhận được Hỗ trợ Thêm, chương trình này có mức khấu trừ **$0**. Nếu quý vị không nhận được Hỗ trợ Thêm, chương trình của quý vị có mức khấu trừ **$700** cho thuốc Bậc 4 và Bậc 5. Tham khảo phần Quyền lợi Thuốc theo Toa bên dưới.
Giới hạn chi phí tự trả tối đa cho y tế Số tiền tối đa quý vị phải trả cho các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và các chi phí khác cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm trong năm	**$9,850** trong mạng lưới Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Apple Health (Medicaid), quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí nào đối với số tiền chi phí tối đa phải trả cho các dịch vụ thuộc Phần A và Phần B được bảo hiểm.

Quý vị không cần giấy giới thiệu để nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong chương trình. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các mục và dịch vụ có thể phải có phê duyệt trước: ***Humana.com/PAL****.*

Humana.

Quyền lợi Y tế

Lưu ý: Mức chia sẻ chi phí được tính dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị. Đối với chương trình này, các mức Medicaid sau đây được bảo vệ chia sẻ chi phí: QI, QMB và SLMB.

	NHỮNG GÌ QUÝ VỊ PHẢI TRẢ THEO CHƯƠNG TRÌNH HUMANA NÀY
QUYỀN LỢI NẰM VIỆN NỘI TRÚ	
Chương trình này chi trả số ngày không giới hạn cho việc nằm viện nội trú.	Khoản đồng thanh toán **$0** hoặc **$2,241** mỗi lần nhập viện
BẢO HIỂM BỆNH VIỆN NGOẠI TRÚ	
Nội soi đại tràng chẩn đoán	**$0** hoặc **20%** chi phí
Chụp nhũ ảnh chẩn đoán	**$0** hoặc **20%** chi phí
Dịch vụ phẫu thuật	**$0** hoặc **20%** chi phí
TRUNG TÂM PHẪU THUẬT NGOẠI TRÚ	
Nội soi đại tràng chẩn đoán	**$0** hoặc **20%** chi phí
Dịch vụ phẫu thuật	**$0** hoặc **20%** chi phí
KHÁM BÁC SĨ	
Bác sĩ chăm sóc ban đầu (PCP)	
• Phòng khám bác sĩ chăm sóc chính (PCP)	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Thăm khám sức khỏe từ xa	Khoản đồng thanh toán **$0**
Bác sĩ chuyên khoa	
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Thăm khám sức khỏe từ xa	**$0** hoặc **20%** chi phí
CHĂM SÓC PHÒNG NGỪA	
Chương trình này bao gồm tất cả các dịch vụ phòng ngừa của Medicare bao gồm: **Sàng Lọc Ung Thư** • Tầm soát ung thư vú (chụp nhũ ảnh) • Tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo • Tầm soát ung thư đại trực tràng • Tầm soát ung thư phổi • Sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt **Chăm sóc Tim mạch** • Sàng lọc phình động mạch chủ bụng • Lần khám giảm nguy cơ bệnh tim mạch • Sàng lọc bệnh tim mạch	Khoản đồng thanh toán **$0**

Quý vị không cần giấy giới thiệu để nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong chương trình. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các mục và dịch vụ có thể phải có phê duyệt trước: ***Humana.com/PAL****.*

Quyền lợi Y tế (tiếp theo)

	NHỮNG GÌ QUÝ VỊ PHẢI TRẢ THEO CHƯƠNG TRÌNH HUMANA NÀY
Chăm sóc Tiểu đường • Sàng lọc bệnh tiểu đường • Đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường • Chương Trình Phòng Ngừa Tiểu Đường Medicare (MDPP)	
Hướng dẫn và Hỗ trợ Dinh dưỡng • Liệu pháp dinh dưỡng y tế • Sàng lọc và điều trị béo phì	
Các Xét Nghiệm Sàng Lọc Định Kỳ và Tiêm Chủng • Lần Khám Sức Khỏe Hằng Năm (AWV) • Tiêm chủng • Khám sức khỏe định kỳ • Chuyến thăm khám phòng ngừa "Chào mừng đến với Medicare"	
Dịch vụ Tầm soát và Tư vấn Sức khỏe • Đo mật độ xương • Sàng lọc trầm cảm • Sàng lọc bệnh glôcôm • Sàng lọc HIV • Sàng lọc & tư vấn giảm lạm dụng rượu • Sàng lọc và tư vấn các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs) • Cai thuốc lá và thuốc lá điếu (tư vấn để ngừng hút thuốc lá hoặc sử dụng thuốc lá) Mọi dịch vụ phòng ngừa bổ sung được Medicare phê duyệt trong năm hợp đồng sẽ được chi trả.	
CHĂM SÓC KHẨN CẤP	
Phòng cấp cứu Nếu quý vị được nhập viện tại cùng bệnh viện đó trong vòng 24 giờ vì cùng một tình trạng bệnh, quý vị trả $0 cho dịch vụ cấp cứu mà quý vị đã nhận.	Khoản đồng thanh toán **$0** hoặc **$115**
DỊCH VỤ CẦN THIẾT KHẨN CẤP	
• **Thăm khám sức khỏe từ xa** • **Trung tâm chăm sóc khẩn cấp** Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp được cung cấp để điều trị bệnh tật, chấn thương hoặc tình trạng y tế không phải cấp cứu, không lường trước được và cần được chăm sóc y tế ngay lập tức.	**$0** hoặc **20%** chi phí **$0** hoặc **20%** chi phí

Quý vị không cần giấy giới thiệu để nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong chương trình. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các mục và dịch vụ có thể phải có phê duyệt trước: ***Humana.com/PAL****.*

Humana.

Quyền lợi Y tế (tiếp theo)

	NHỮNG GÌ QUÝ VỊ PHẢI TRẢ THEO CHƯƠNG TRÌNH HUMANA NÀY
PHẠM VI BẢO HIỂM TOÀN THẾ GIỚI	
• **Xe cứu thương khẩn cấp**	Khoản đồng thanh toán **$0** hoặc **$325** mỗi ngày dịch vụ
• **Phòng cấp cứu - Bệnh viện**	Khoản đồng thanh toán **$0** hoặc **$115**
• **Trung tâm chăm sóc khẩn cấp**	**$0** hoặc **20%** chi phí
Nếu quý vị có trường hợp khẩn cấp hoặc cần dịch vụ gấp bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán trước cho các dịch vụ được cung cấp và có thể yêu cầu hoàn tiền. Nếu quý vị được nhập viện tại cùng một bệnh viện trong vòng 24 giờ vì cùng một tình trạng, quý vị trả $0 cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp mà quý vị đã nhận.	
DỊCH VỤ CHẨN ĐOÁN, XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH	
Dịch vụ chẩn đoán hình ảnh tiên tiến (MRI, MRA, PET và CT scan)	
• Cơ sở chụp chiếu độc lập	Khoản đồng thanh toán **$0** hoặc **$205**
• Bệnh viện ngoại trú	Khoản đồng thanh toán **$0** hoặc **$345**
• Phòng khám bác sĩ chăm sóc chính (PCP)	Khoản đồng thanh toán **$0** hoặc **$330**
• Phòng khám chuyên khoa	Khoản đồng thanh toán **$0** hoặc **$330**
Dịch vụ X-quang cơ bản (chụp X-quang)	
• Cơ sở chụp chiếu độc lập	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám bác sĩ chăm sóc chính (PCP)	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Trung tâm chăm sóc khẩn cấp	**$0** hoặc **20%** chi phí
Chụp nhũ ảnh chẩn đoán	
• Cơ sở chụp chiếu độc lập	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí
Các thủ thuật và xét nghiệm chẩn đoán	
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám bác sĩ chăm sóc chính (PCP)	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Trung tâm chăm sóc khẩn cấp	**$0** hoặc **20%** chi phí
Dịch vụ xét nghiệm	
• Phòng xét nghiệm độc lập	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám bác sĩ chăm sóc chính (PCP)	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Trung tâm chăm sóc khẩn cấp	**$0** hoặc **20%** chi phí

Quý vị không cần giấy giới thiệu để nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong chương trình. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các mục và dịch vụ có thể phải có phê duyệt trước: ***Humana.com/PAL****.*

Quyền lợi Y tế (tiếp theo)

	NHỮNG GÌ QUÝ VỊ PHẢI TRẢ THEO CHƯƠNG TRÌNH HUMANA NÀY
Y học hạt nhân và các dịch vụ liên quan	
• Cơ sở chụp chiếu độc lập	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
Nghiên cứu giấc ngủ	
• Tại nhà của thành viên	Khoản đồng thanh toán **$0**
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí
X quang trị liệu (Xạ trị)	
• Cơ sở chụp chiếu độc lập	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí

DỊCH VỤ THÍNH LỰC

Quyền lợi thính giác được Medicare chi trả	**$0** hoặc **20%** chi phí
Quyền lợi thính giác bổ sung bắt buộc	**HER101** • Khoản đồng thanh toán **$0** cho khám thính lực định kỳ tối đa 1 lần/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 lại được (tối đa 60 viên pin mỗi tai, mỗi năm) và bảo hành 3 năm. • Một lần lắp máy và ba lần tái khám với nhà cung cấp trong năm đầu tiên sau khi mua máy trợ thính, với nhà cung cấp ban đầu.

DỊCH VỤ NHA KHOA

Quyền lợi nha khoa được Medicare chi trả	**$0** hoặc **20%** chi phí

Quý vị không cần giấy giới thiệu để nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong chương trình. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các mục và dịch vụ có thể phải có phê duyệt trước: ***Humana.com/PAL****.*

Humana.

Quyền lợi Y tế (tiếp theo)

	NHỮNG GÌ QUÝ VỊ PHẢI TRẢ THEO CHƯƠNG TRÌNH HUMANA NÀY
Quyền lợi nha khoa bổ sung bắt buộc Có thể áp dụng các giới hạn và loại trừ. Vui lòng xem Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC) của quý vị để biết thêm chi tiết.	**DEN284** • Khoản đồng thanh toán **$0** cho trám amalgam và/hoặc composite tối đa 1 lần mỗi mặt răng mỗi 2 năm. • 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 hàm mỗi 3 năm.
<u>Giới hạn Quyền lợi</u> • Các yêu cầu bồi thường được gửi sẽ phải trải qua quá trình xem xét có thể bao gồm đánh giá lâm sàng và lịch sử nha khoa để phê duyệt quyền lợi bảo hiểm. • Quyền lợi nha khoa theo chương trình này có thể không bao gồm tất cả các mã thủ thuật ADA. Bất kỳ dịch vụ nào được nhận mà không có trong danh sách sẽ không được chương trình chi trả và sẽ thuộc trách nhiệm của thành viên. • Thành viên chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ khoản nào vượt quá mức quyền lợi bảo hiểm tối đa hàng năm. • Quyền lợi được cung cấp trên cơ sở năm dương lịch. Bất kỳ khoản nào chưa sử dụng vào cuối năm sẽ hết hạn. Thông tin về từng chương trình có tại **Humana.com/sb .** **<u>Nhà cung cấp trong mạng lưới</u>** • Các nha sĩ trong mạng lưới đã đồng ý cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm theo mức phí hợp đồng (theo bảng phí trong mạng lưới, hay INFS). • Nếu thành viên đến gặp nha sĩ trong mạng lưới tham gia, thành viên đó không thể bị tính phí vượt quá bảng phí đã thương lượng (nhưng khoản thanh toán đồng bảo hiểm áp dụng vẫn còn hiệu lực).	• 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 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 thời gian tham gia. • 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, lót lại nền hàm giả, lót lại hàm giả, cạo vôi viêm trung bình, điều trị mô nướu 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, lấy vôi răng (vệ sinh răng) 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.

Quý vị không cần giấy giới thiệu để nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong chương trình. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các mục và dịch vụ có thể phải có phê duyệt trước: ***Humana.com/PAL****.*

Quyền lợi Y tế (tiếp theo)

	NHỮNG GÌ QUÝ VỊ PHẢI TRẢ THEO CHƯƠNG TRÌNH HUMANA NÀY
	• 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 mỗi năm. • **$1,500** mức bảo hiểm tối đa mỗi năm cho tất cả các quyền lợi chẩn đoán/phòng ngừa và toàn diện.

DỊCH VỤ THỊ LỰC

Kính mắt (sau phẫu thuật đục thủy tinh thể)	Khoản đồng thanh toán **$0**
Khám mắt tiểu đường được Medicare chi trả	Khoản đồng thanh toán **$0**
Dịch vụ thị lực được Medicare chi trả Công cụ tìm kiếm nhà cung cấp cho dịch vụ thị lực được Medicare chi trả có thể được tìm thấy tại **Humana.com/FindCare** .	**$0** hoặc **20%** chi phí

Quý vị không cần giấy giới thiệu để nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong chương trình. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các mục và dịch vụ có thể phải có phê duyệt trước: ***Humana.com/PAL****.*

Humana.

Quyền lợi Y tế (tiếp theo)

	NHỮNG GÌ QUÝ VỊ PHẢI TRẢ THEO CHƯƠNG TRÌNH HUMANA NÀY
Quyền lợi thị lực bổ sung bắt buộc Vui lòng thông báo cho nhà cung cấp trong mạng lưới rằng quý vị là thành viên của Mạng lưới Humana Medicare Insight. LƯU Ý: Mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ dành cho quyền lợi thị lực bổ sung của quý vị thông qua Humana Medicare Insight Network có thể khác với mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ dành cho quyền lợi thị lực được Medicare bảo hiểm. Các quyền lợi thị lực bổ sung bắt buộc được cung cấp thông qua Mạng lưới Humana Medicare Insight. Công cụ tìm kiếm nhà cung cấp có tại **Humana.com/FindCare .** Quyền lợi được áp dụng theo giá bán lẻ. Thành viên chịu trách nhiệm thanh toán mọi chi phí vượt quá số tiền được chương trình chấp thuận. Vật liệu bị mất hoặc hư hỏng không được bảo hiểm. Quyền lợi này chỉ được sử dụng một lần mỗi năm. Bất kỳ số tiền quyền lợi còn lại sẽ không được "chuyển sang" lần mua tiếp theo. Các tùy chọn tròng kính mắt có thể có với mức bảo hiểm quyền lợi tối đa cho đến một cặp mỗi năm. Quyền lợi được cung cấp trên cơ sở năm dương lịch. Bất kỳ khoản nào chưa sử dụng vào cuối năm sẽ hết hạn. Các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ được thanh toán cho các quyền lợi bổ sung không được tính vào số tiền chi trả tối đa của quý vị.	**VIS736** • Khoản đồng thanh toán **$0** cho khám định kỳ tối đa 1 lần/năm. • **$50** mức bảo hiểm tối đa mỗi năm cho kính áp tròng hoặc kính mắt-tròng kính và gọng kính, lắp kính mắt-tròng kính và gọng kính. • HOẶC • Mức **$100** là số tiền bảo hiểm quyền lợi tối đa mỗi năm tại Nhà Cung Cấp PLUS dành cho kính áp tròng hoặc kính mắt - tròng kính và gọng kính, lắp kính mắt - tròng kính và gọng kính. • Các tùy chọn tròng kính có thể có sẵn với số tiền bảo hiểm quyền lợi tối đa 1 cặp mỗi năm. • Số tiền bảo hiểm quyền lợi tối đa được giới hạn sử dụng một lần mỗi năm. • Các mức bảo hiểm quyền lợi tối đa không thể được cộng gộp. Các nhà cung cấp PLUS là một phần của Mạng lưới Humana Medicare Insight và được chỉ định trong kết quả tìm kiếm nhà cung cấp.
DỊCH VỤ SỨC KHỎE TÂM THẦN	
Nội trú Chương trình này chi trả tối đa 190 ngày trong suốt cuộc đời cho chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú tại bệnh viện tâm thần	Khoản đồng thanh toán **$0** hoặc **$2,091** mỗi lần nhập viện
Các buổi trị liệu sức khỏe tâm thần	
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Thăm khám sức khỏe từ xa	**$0** hoặc **20%** chi phí

Quý vị không cần giấy giới thiệu để nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong chương trình. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các mục và dịch vụ có thể phải có phê duyệt trước: ***Humana.com/PAL****.*

Quyền lợi Y tế (tiếp theo)

	NHỮNG GÌ QUÝ VỊ PHẢI TRẢ THEO CHƯƠNG TRÌNH HUMANA NÀY
Dịch vụ cai nghiện ngoại trú	
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Thăm khám sức khỏe từ xa	**$0** hoặc **20%** chi phí
CƠ SỞ ĐIỀU DƯỠNG CÓ TAY NGHỀ (SNF)	
Chương trình này chi trả tối đa 100 ngày tại một SNF	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
XE CẤP CỨU	
• Đường hàng không	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Đường bộ	Đồng thanh toán $0 hoặc **$325** mỗi ngày dịch vụ
VẬN CHUYỂN	
Quyền lợi vận chuyển bổ sung bắt buộc Thành viên **phải** liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển ít nhất 3 ngày làm việc trước cuộc hẹn để sắp xếp việc đi lại và nên liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để được hướng dẫn đến nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển cụ thể của chương trình.	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.
Quyền lợi vận chuyển y tế không khẩn cấp linh hoạt đồng nhất Thành viên **phải** liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển ít nhất 3 ngày làm việc trước cuộc hẹn để sắp xếp phương tiện đi lại và nên liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để được hướng dẫn đến nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển cụ thể của chương trình.	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.
THUỐC MEDICARE PHẦN B Một số thuốc Phần B có thể hoàn tiền có thể được áp dụng mức đồng bảo hiểm thấp hơn.	
Tiêm thuốc dị ứng và huyết thanh	
• Phòng khám bác sĩ chăm sóc chính (PCP)	Khoản đồng thanh toán **$0**
• Phòng khám chuyên khoa	Khoản đồng thanh toán **$0**
Thuốc hóa trị	
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí
Các thuốc Phần B khác	
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám bác sĩ chăm sóc chính (PCP)	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Nhà thuốc	Khoản đồng thanh toán **$0**
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí

Quý vị không cần giấy giới thiệu để nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong chương trình. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các mục và dịch vụ có thể phải có phê duyệt trước: ***Humana.com/PAL****.*

Humana.

Quyền lợi Y tế (tiếp theo)

	NHỮNG GÌ QUÝ VỊ PHẢI TRẢ THEO CHƯƠNG TRÌNH HUMANA NÀY
Insulin theo Phần B	
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám bác sĩ chăm sóc chính (PCP)	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Nhà thuốc	Khoản đồng thanh toán **$0**
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí
Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn **$35** cho nguồn cung cấp một tháng (tối đa 30 ngày) của mỗi sản phẩm insulin được chương trình này chi trả.	

Quyền lợi Thuốc theo Toa

ĐIỂM NỔI BẬT CỦA CHƯƠNG TRÌNH	
HỖ TRỢ THÊM	Hầu hết các thành viên của chúng tôi đủ điều kiện và đang nhận Hỗ trợ Thêm từ Medicare để thanh toán chi phí chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của họ. Nếu quý vị tham gia chương trình Hỗ trợ Thêm, vui lòng tham khảo phần Hỗ trợ Thêm bên dưới để xem khoản khấu trừ và chi phí chia sẻ Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu của quý vị.
Nguồn cung cấp 100 ngày	Cung cấp tối đa 100 ngày cho các thuốc đủ điều kiện
Chi phí insulin	Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn **$35** cho nguồn cung cấp một tháng (tối đa 30 ngày) của mỗi sản phẩm insulin được chương trình này chi trả.
Vắc-xin $0	Khoản đồng thanh toán **$0** cho vắc-xin được bảo hiểm bởi Phần D dành cho người lớn được khuyến nghị bởi Ủy ban Tư vấn về Thực hành Tiêm chủng (ACIP)

HỖ TRỢ THÊM

Nếu quý vị nhận được Hỗ trợ Thêm cho thuốc của mình, quý vị sẽ có khoản khấu trừ **$0** .

Trước khi đạt đến giới hạn chi phí tự trả hàng năm **$2,400** , quý vị sẽ thanh toán một trong các mức sau đây tùy thuộc vào mức độ Hỗ trợ Thêm của quý vị:

- **$5.80** đối với thuốc gốc/thuốc đa nguồn ưu tiên hoặc thuốc sinh học tương tự; **$14.40** đối với bất kỳ loại thuốc nào khác; HOẶC
- **$1.65** cho thuốc gốc/thuốc đa nguồn ưu tiên hoặc thuốc sinh học tương tự; **$5.00** cho bất kỳ loại thuốc nào khác; HOẶC
- **$0** đối với tất cả các loại thuốc

Sau khi đạt đến giới hạn chi phí tự trả hàng năm **$2,400** , quý vị sẽ trả **$0** cho phần còn lại của năm dương lịch, bất kể mức Hỗ trợ Thêm quý vị nhận được là bao nhiêu. Thông tin bổ sung sẽ có trên Phụ lục LIS của quý vị.

Quý vị không cần giấy giới thiệu để nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong chương trình. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các mục và dịch vụ có thể phải có phê duyệt trước: ***Humana.com/PAL****.*

Chi phí chia sẻ có thể thay đổi tùy thuộc vào nhà thuốc quý vị chọn, khi quý vị chuyển sang giai đoạn khác của quyền lợi Phần D và nếu quý vị đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Thêm. Để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Thêm hay không, vui lòng liên hệ Văn phòng An sinh Xã hội theo số 800-772-1213 (TTY: 800-325-0778), Thứ Hai – Thứ Sáu, 7 giờ sáng – 7 giờ tối. Để biết thêm thông tin về quyền lợi thuốc theo toa của quý vị, vui lòng gọi cho chúng tôi hoặc truy cập Chứng Từ Bảo Hiểm của quý vị trực tuyến.

KHOẢN KHẤU TRỪ

Chương trình này có khoản khấu trừ **$700** cho các thuốc Bậc 4 và Bậc 5 . Quý vị trả toàn bộ chi phí của các loại thuốc này cho đến khi quý vị đạt đến mức **$700** . Sau đó, quý vị chỉ trả phần mức chia sẻ chi phí của mình, bước vào Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu.

BẢO HIỂM BAN ĐẦU

Quý vị trả các khoản sau đây cho đến khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt đến mức **$2,400** . Khi quý vị đạt đến mức này, quý vị sẽ bước vào Giai đoạn Thảm họa.

Chi phí Chia sẻ tại Nhà thuốc

	Chi phí Chia sẻ tại Nhà thuốc Bán lẻ Bao gồm tất cả các nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới		**Đặt hàng qua Thư Tiêu chuẩn Chi phí Chia sẻ**		**Đặt hàng qua Thư Ưu tiên Chia sẻ Chi phí** CenterWell Pharmacy®	
Số ngày cung cấp	**30 ngày**	**100 ngày***	**30 ngày**	**100 ngày***	**30 ngày**	**100 ngày***
Bậc 1: Thuốc Gốc Ưu tiên	$0	$0	$10	$30	$0	$0
Bậc 2: Thuốc Gốc	$0	$0	$20	$60	$0	$0
Bậc 3: Thuốc Có Thương hiệu Ưu tiên	17%	17%	17%	17%	17%	17%
Bậc 4: Thuốc không được ưu tiên	46%	46%	46%	46%	46%	46%
Bậc 5: Bậc Thuốc đặc trị	25%	Không Áp Dụng	25%	Không Áp Dụng	25%	Không Áp Dụng

Để tìm các nhà thuốc có trong mạng lưới của chúng tôi, hãy truy cập **Humana.com/pharmacyfinder** .

*Một số thuốc chỉ được cung cấp tối đa 30 ngày và một số thuốc khác có thể đủ điều kiện cung cấp tối đa 100 ngày.

Humana.

Chi phí Chia sẻ Insulin

	Chi phí Chia sẻ tại Nhà thuốc Bán lẻ Bao gồm tất cả các nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới		Đặt hàng qua Thư Tiêu chuẩn Chi phí Chia sẻ		Đặt hàng qua Thư Ưu tiên Chia sẻ Chi phí CenterWell Pharmacy®	
Số ngày cung cấp	**30 ngày**	**100 ngày***	**30 ngày**	**100 ngày***	**30 ngày**	**100 ngày***
Bậc 1: Thuốc Gốc Ưu tiên	$0	$0	25% tối đa $10	25% tối đa $30	$0	$0
Bậc 2: Thuốc Gốc	$0	$0	16% tối đa $20	16% tối đa $60	$0	$0
Bậc 3: Thuốc Có Thương hiệu Ưu tiên	17% tối đa $35	17% lên đến $105	17% tối đa $35	17% lên đến $105	17% tối đa $35	17% lên đến $105
Bậc 4: Thuốc không được ưu tiên	25% tối đa $35	25% lên đến $105	25% tối đa $35	25% lên đến $105	25% tối đa $35	25% lên đến $105
Bậc 5: Bậc Thuốc đặc trị	25% tối đa $35	Không Áp Dụng	25% tối đa $35	Không Áp Dụng	25% tối đa $35	Không Áp Dụng

*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.

Quý vị có thể mua thuốc theo toa theo nhiều cách, bao gồm qua các nhà thuốc bán lẻ và nhà thuốc đặt hàng qua thư. Đối với các chương trình của Humana, CenterWell Pharmacy® là nhà thuốc đặt hàng qua thư được ưu tiên với các lợi ích chia sẻ chi phí. Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập **CenterWellPharmacy.com** .

Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn **$35** cho nguồn cung cấp một tháng (tối đa 30 ngày) của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm theo chương trình, bất kể mức chia sẻ chi phí, ngay cả khi quý vị chưa trả khoản khấu trừ của mình.

Để tìm các nhà thuốc có trong mạng lưới của chúng tôi, hãy truy cập **Humana.com/pharmacyfinder** .

*Một số thuốc chỉ được cung cấp tối đa 30 ngày và một số thuốc khác có thể đủ điều kiện cung cấp tối đa 100 ngày.

BẢO HIỂM THẢM HỌA

Sau khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt đến **$2,400** quý vị trả **$0** cho các thuốc Phần D được bảo hiểm theo chương trình.

Nếu quý vị cư trú tại một cơ sở chăm sóc dài hạn trong mạng lưới, quý vị sẽ trả cùng mức phí như tại một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới. Trong một số tình huống nhất định, quý vị có thể lấy thuốc từ nhà thuốc ngoài mạng lưới nhưng có thể phải trả nhiều hơn so với nhà thuốc trong mạng lưới.

Quyền lợi bổ sung

	NHỮNG GÌ QUÝ VỊ PHẢI TRẢ THEO CHƯƠNG TRÌNH HUMANA NÀY
Dịch vụ châm cứu (được Medicare chi trả)	**$0** hoặc **20%** đồng bảo hiểm cho châm cứu điều trị đau lưng dưới mãn tính, tối đa 20 lần khám mỗi năm.
Dịch vụ nắn chỉnh cột sống (được Medicare chi trả)	**$0** hoặc **20%** chi phí
Dịch vụ chăm sóc bàn chân (được Medicare chi trả)	**$0** hoặc **20%** chi phí
THIẾT BỊ/VẬT TƯ Y TẾ	
Máy theo dõi đường huyết liên tục (CGM)	
• Nhà cung cấp DME	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Nhà thuốc	Khoản đồng thanh toán **$0**
• Nhà thuốc ưu tiên	Khoản đồng thanh toán **$0**
Vật tư theo dõi bệnh tiểu đường	
• Nhà cung cấp vật tư dành cho người bệnh tiểu đường	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới	Khoản đồng thanh toán **$0**
• Nhà cung cấp vật tư dành cho người bệnh tiểu đường ưu tiên	Khoản đồng thanh toán **$0**
Thiết bị y tế bền lâu (DME)	**$0** hoặc **20%** chi phí
Vật tư y tế tại nhà cung cấp vật tư y tế	**$0** hoặc **20%** chi phí
Thiết bị giả và vật tư liên quan	**$0** hoặc **20%** chi phí
DỊCH VỤ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG	
Dịch vụ phục hồi chức năng tim	
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí
Hoạt động trị liệu	
• Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí
Vật lý trị liệu	
• Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí
Dịch vụ phục hồi chức năng phổi	
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí
Liệu pháp ngôn ngữ	
• Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí

Quý vị không cần giấy giới thiệu để nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong chương trình. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các mục và dịch vụ có thể phải có phê duyệt trước: ***Humana.com/PAL****.*

Humana.

Quyền lợi bổ sung (tiếp theo)

	NHỮNG GÌ QUÝ VỊ PHẢI TRẢ THEO CHƯƠNG TRÌNH HUMANA NÀY
Liệu pháp Tập luyện có Giám sát (SET) cho Bệnh Động mạch Ngoại biên (PAD)	
• Bệnh viện ngoại trú	**$0** hoặc **20%** chi phí
• Phòng khám chuyên khoa	**$0** hoặc **20%** chi phí

So Sánh Quyền Lợi Medicaid

Các quyền lợi được mô tả trong các phần Quyền lợi Y tế và Bệnh viện được Bảo hiểm ở trên được chi trả bởi Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP). Đối với mỗi quyền lợi được liệt kê dưới đây, quý vị có thể xem Apple Health (Medicaid) bảo hiểm gì và chương trình này bảo hiểm gì.

Tất cả các quyền lợi Medicaid đều tuân theo các hướng dẫn và yêu cầu về điều kiện hưởng của Apple Health (Medicaid) và chỉ dành cho những cá nhân đủ điều kiện hưởng kép đầy đủ. Nếu quý vị có thắc mắc về điều kiện hưởng Medicaid và các quyền lợi quý vị được hưởng, hãy xem lại sổ tay thành viên của quý vị hoặc liên hệ với Apple Health (Medicaid) theo số 800-562-3022 (miễn phí) 711 (TTY).

QUYỀN LỢI	QUYỀN LỢI MEDICAID	QUYỀN LỢI CỦA CHƯƠNG TRÌNH NÀY
XE CẤP CỨU	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
Trung tâm phẫu thuật ngoại trú	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
Răng giả	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
Dịch vụ chẩn đoán, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
KHÁM BÁC SĨ	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
Chăm sóc khẩn cấp	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
Kính mắt	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
Máy trợ thính	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
Chương trình dịch vụ miễn trừ tại nhà và cộng đồng	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Không được Bảo hiểm

Quý vị không cần giấy giới thiệu để nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong chương trình. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các mục và dịch vụ có thể phải có phê duyệt trước: ***Humana.com/PAL****.*

QUYỀN LỢI	QUYỀN LỢI MEDICAID	QUYỀN LỢI CỦA CHƯƠNG TRÌNH NÀY
Bệnh viện nội trú	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
Dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú, cơ sở điều dưỡng và cơ sở chăm sóc trung gian tại các cơ sở dành cho bệnh nhân tâm thần (MD), từ 65 tuổi trở lên	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được bảo hiểm với các giới hạn
Dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú, dưới 21 tuổi	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được bảo hiểm với các giới hạn
Cơ sở chăm sóc trung gian dành cho cá nhân khuyết tật trí tuệ khuyết tật (ICFs-IID)	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Không được Bảo hiểm
Thuốc Medicare Phần B	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
Dịch vụ sức khỏe tâm thần	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
Dịch vụ cơ sở điều dưỡng, khác với cơ sở dành cho bệnh tâm thần	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được bảo hiểm với các giới hạn
Bảo hiểm bệnh viện ngoại trú	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
CHĂM SÓC PHÒNG NGỪA	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
Cơ sở điều dưỡng chuyên biệt	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
Vận chuyển	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm
Dịch vụ cần thiết khẩn cấp	Được chi trả, dựa trên Điều kiện hưởng lợi	Được Bảo Hiểm

Quý vị không cần giấy giới thiệu để nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong chương trình. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các mục và dịch vụ có thể phải có phê duyệt trước: ***Humana.com/PAL****.*

Humana.

Thêm quyền lợi với chương trình này

Hãy tận hưởng một số quyền lợi bổ sung được bao gồm trong chương trình này.
Đây là tóm tắt về những gì chúng tôi bảo hiểm. Tài liệu này không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi bảo hiểm hoặc mọi giới hạn hay ngoại lệ. Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC) cung cấp danh sách đầy đủ về phạm vi bảo hiểm và dịch vụ. Truy cập **Humana.com/PlanInformation** để xem bản sao EOC hoặc gọi **888-873-0686**.

Quyền lợi Điện thoại di động Humana
Khoản đồng thanh toán **$0**

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận SSBCI, quý vị CÓ THỂ nhận được một điện thoại di động với gói gọi, nhắn tin không giới hạn, và dữ liệu mà không phát sinh thêm chi phí.

Trợ cấp Tùy chọn Lành mạnh Humana ®*
Trợ cấp hàng tháng **$70** trên thẻ chi tiêu trả trước.

Tất cả các thành viên của chương trình đều nhận được khoản tiền này để mua các sản phẩm chăm sóc sức khỏe và sức khỏe tổng thể không kê đơn (OTC) được phê duyệt tại các nhà bán lẻ tham gia hoặc thông qua nhà cung cấp đặt hàng qua thư OTC được chương trình phê duyệt.

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 mỗi tháng và hết hạn vào cuối năm chương trình hoặc khi hủy đăng ký, tùy điều kiện nào xảy ra trước.

- Khoản trợ cấp có thể sử dụng vào đầu mỗi tháng.
- Có thể có các giới hạn và hạn chế.

Quyền lợi Du lịch HMO
Các thành viên có thể nhận quyền lợi trong mạng lưới khi dịch vụ được cung cấp bởi nhà cung cấp thuộc Mạng lưới Quốc gia HMO tham gia khi đi đến các tiểu bang khác.

Quý vị phải chọn một bác sĩ trong mạng lưới trong khu vực dịch vụ được liệt kê trong cuốn sách này để đóng vai trò là Nhà cung cấp Chăm sóc Chính (PCP) của quý vị.

Chương trình cai thuốc lá
Để hỗ trợ thêm cho nỗ lực của quý vị trong việc bỏ hút thuốc hoặc sử dụng các sản phẩm thuốc lá, chúng tôi bảo hiểm thêm một lần thử cai thuốc qua tư vấn trong vòng 12 tháng như một dịch vụ miễn phí cho quý vị. Đây là phần bổ sung cho hai lần thử tư vấn được Medicare cung cấp và bao gồm tối đa bốn lần thăm khám trực tiếp. Dịch vụ này có thể được sử dụng cho các biện pháp phòng ngừa hoặc chẩn đoán bệnh liên quan đến thuốc lá.

Chương trình Bữa ăn Humana Well Dine ®
Khoản đồng thanh toán **$0** cho chương trình bữa ăn Humana Well Dine®.

Sau khi quý vị nằm viện nội trú tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng, quý vị có thể đủ điều kiện nhận 2 bữa ăn được giao tận nhà mỗi ngày trong 7 ngày (tối đa 14 bữa).

* Phụ cấp chi tiêu này và Quyền lợi Điện thoại Di động của Humana là (các) quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho các thành viên mắc các bệnh mãn tính cụ thể cần được phối hợp chăm sóc chuyên sâu và có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc có 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.

Các bữa ăn phải được yêu cầu trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện nội trú.

Giới hạn 4 lần mỗi năm.

Phần thưởng và Ưu đãi - Go365® by Humana
Hoàn thành các hoạt động lành mạnh đủ điều kiện, như tầm soát sức khỏe và khám định kỳ, và nhận phần thưởng với Go365 Advanced.

Chương trình thể dục SilverSneakers ®
Khoản đồng thanh toán **$0** cho SilverSneakers®.

Chương trình thể dục bao gồm quyền truy cập vào các địa điểm tham gia và các lớp tập thể dục nhóm đặc trưng do các huấn luyện viên được chứng nhận hướng dẫn.

Quyền lợi này cũng kết nối quý vị với mạng lưới hỗ trợ và các tài nguyên ảo thông qua các lớp học trực tiếp, video theo yêu cầu và thông qua ứng dụng di động.

Truy cập SilverSneakers.com để tìm hiểu thêm về quyền lợi của quý vị.

Humana.

Tìm hiểu thêm

Cần trợ giúp tìm bác sĩ hoặc nhà thuốc? Quý vị có thể xem **Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc** của chương trình này tại trang web của chúng tôi tại **Humana.com/FindCare** hoặc gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê ở đầu cuốn sách nhỏ này và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị. Nhiều danh sách bác sĩ bao gồm xếp hạng Care Highlight®. Những xếp hạng này về chất lượng lâm sàng và hiệu quả chi phí có thể giúp quý vị đưa ra những lựa chọn sáng suốt về chăm sóc sức khỏe của mình. Xếp hạng chỉ xuất hiện khi chúng tôi có đủ thông tin để đo lường chất lượng lâm sàng và hiệu quả chi phí của bác sĩ. Tìm hiểu thêm tại **Humana.com/CareHighlight** .

Quý vị có thể xem **Hướng Dẫn Về Thuốc** của chương trình này trên trang web của chúng tôi tại **Humana.com/druglist** hoặc gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê ở đầu cuốn sách này và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản.

Xếp hạng chất lượng lâm sàng và hiệu quả chi phí có sẵn ở tất cả các tiểu bang ngoại trừ Alaska. Xếp hạng không có sẵn cho tất cả các bác sĩ. Care Highlight chỉ nhằm mục đích cung cấp thông tin. Các thành viên có quyền tiếp cận tất cả các bác sĩ trong mạng lưới Humana, bất kể bác sĩ có hay không có xếp hạng Care Highlight. Xếp hạng không nên là cơ sở duy nhất để lựa chọn bác sĩ. Humana không thực hiện các khoản thanh toán dựa trên hiệu suất cho các bác sĩ dựa trên những xếp hạng này. Xếp hạng không đảm bảo chất lượng hoặc kết quả của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Để tìm hiểu thêm về phạm vi bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem trong cuốn sách hướng dẫn "Medicare & You" hiện hành. Xem trực tuyến tại http://www.medicare.gov hoặc nhận bản sao bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.

Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) đã được Ủy ban Quốc gia về Đảm bảo Chất lượng (NCQA) phê duyệt để hoạt động với tư cách là Chương trình Dành cho Người có Nhu cầu Đặc biệt (SNP) đến ngày 31 tháng 12 năm 2029 dựa trên việc xem xét Mô hình Chăm sóc của Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP).

Nếu quý vị nhận được hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare, các nhà cung cấp dịch vụ của Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) không được phép thu hoặc lập hóa đơn đối với quý vị cho các dịch vụ và mặt hàng được bảo hiểm theo Medicare Phần A và Phần B, bao gồm các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán – ngay cả khi khoản thanh toán Medicaid bằng không hoặc nhà cung cấp dịch vụ chọn không gửi yêu cầu lên Medicaid. Nếu nhà cung cấp yêu cầu quý vị thanh toán, đó là hành vi vi phạm pháp luật. Tuy nhiên, quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán một khoản đồng thanh toán Medicaid nhỏ.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn hoặc được yêu cầu thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới về các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm theo Medicare Phần A và Phần B, hãy thông báo với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị rằng quý vị được bảo vệ chia sẻ chi phí và không thể bị tính phí. Nếu quý vị đã thực hiện thanh toán, quý vị có quyền được hoàn tiền. Nếu nhà cung cấp của quý vị không ngừng lập hóa đơn, quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số 800-457-4708 hoặc quý vị có thể gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY 1-877-486-2048). Humana hoặc Medicare có thể yêu cầu nhà cung cấp của quý vị ngừng lập hóa đơn cho quý vị và hoàn trả bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.

Nhà cung cấp của quý vị có thể chọn gửi lên Apple Health (Medicaid) để xem xét thanh toán phụ bổ sung cho khoản được áp dụng vào các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán. Nếu quý vị được bảo vệ chia sẻ chi phí,

Tìm hiểu thêm (Tiếp theo)

Nếu quý vị được bảo vệ chi phí chia sẻ, các nhà cung cấp được yêu cầu theo quy định liên bang phải chấp nhận khoản thanh toán chính của Humana Dual Select H5619-166 (HMO D-SNP) và khoản thanh toán thứ cấp của Apple Health (Medicaid) như là thanh toán đầy đủ cho các dịch vụ được chi trả theo Medicare Phần A và Phần B - ngay cả khi khoản thanh toán Medicaid bằng không hoặc nhà cung cấp chọn không nộp lên Medicaid.

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa được hiển thị là ngoài dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa được bảo hiểm bởi Original Medicare. Chi phí của quý vị có thể khác đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa của Original Medicare. Quy định giới hạn đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, còn được gọi là thăm khám trực tuyến hoặc y khoa từ xa, thay đổi tùy theo tiểu bang. Những dịch vụ này không phải là phương án thay thế cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và không được sử dụng thay thế nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị hoặc các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của quý vị. Bất kỳ mô tả nào về thời điểm sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa chỉ dành cho mục đích tham khảo thông tin và không được hiểu là tư vấn y tế. Vui lòng tham khảo Chứng từ Bảo hiểm của qúy vị để biết thêm chi tiết về những gì chương trình của quý vị có thể bao gồm hoặc các quy tắc khác có thể áp dụng.

Các chương trình có thể cung cấp các quyền lợi bổ sung ngoài các quyền lợi Phần C và quyền lợi Phần D.

Tất cả tên sản phẩm, logo, thương hiệu và nhãn hiệu là tài sản của chủ sở hữu tương ứng và bất kỳ trường hợp sử dụng nào cũng không được ngụ ý chứng thực.

Humana.

Thêm thông tin chỉ cần một cú nhấp chuột.

Truy cập **Humana.com/PlanInformation** để xem thêm chi tiết về chương trình này, bao gồm các quyền lợi và chi phí.

Nếu quý vị muốn nhận bản in của Chứng Từ Bảo Hiểm, Danh mục Nhà cung cấp, hoặc Hướng Dẫn Về Thuốc được gửi đến quý vị, quý vị có thể yêu cầu trực tuyến tại trang web trên, hoặc 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 gọi điện. Khi được hỏi lý do quý vị gọi, hãy nói "Chứng Từ Bảo Hiểm," "Hướng Dẫn Về Thuốc" hoặc "Danh mục Nhà cung cấp."

Kích hoạt tài khoản MyHumana bảo mật của quý vị.

Tài khoản MyHumana trực tuyến của quý vị là một phần quan trọng trong tư cách thành viên Humana của quý vị. Sử dụng nó để xem chi tiết chương trình này bất cứ lúc nào và truy cập các tài liệu chương trình quan trọng trực tuyến, tất cả ở một nơi. Nó dễ sử dụng và được tùy chỉnh theo quý vị.

Quý vị đã có tài khoản?

Truy cập **Humana.com/Member/ManageYourAccount** và đăng nhập.

Quý vị chưa có tài khoản?

Tạo một tài khoản bằng cách sử dụng liên kết tương tự ở trên chỉ trong vài phút.

Nhận thông tin về các sản phẩm bảo hiểm khác

Với tư cách là thành viên Humana, chúng tôi có thể gọi cho quý vị để giới thiệu các sản phẩm bảo hiểm liên quan khác. Quý vị có thể từ chối các cuộc gọi trong tương lai đó bằng cách gọi số Chăm sóc Khách hàng ở mặt sau thẻ ID của quý vị.

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, tình dục, khuynh hướng tình dục, tuổi tác, khuyết tật, nguồn gốc quốc gia, tình trạng quân nhân, tình trạng cựu chiến binh, thông tin di truyền, dòng dõi, 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 được hỗ trợ trong việc nộp đơn than phiền, Điều phối viên phụ trách vấn đề 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) .**

Thông báo này có tại **www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**.
GHHNDN2026HUM_0526

Humana.

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

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

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

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

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

Bǎsɔ́ɔ̀ [Bassa]: Wudu-xwíníín-mú-zà-zà kǔà, hwòdǒ-fɔ́nɔ́-nyɔ̀,, kè nyɔ-ɓɔ̌-po-kà ɓě ɓé wa nyuɛsé wídí pɛ́è-pɛ́èdɔ̀ kɔ.̌ Ɓá **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

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

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

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

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

Français [French]: Des services gratuits d'assistance linguistique, d'aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **877-320-1235 (ATS : 711)**.

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

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

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

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

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

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

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

GHHNOA2026HUM_0526

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

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

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

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

ພາສາລາວ [Lao]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Thông tin quan trọng về chương trình này

Humana.com

H5619_SB_MAPD_HMO_166000_2027_VI_M