

福利摘要

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)

紐約市

紐約市特定郡縣

我們的服務區域包括紐約州的下列郡縣：金斯、紐約、皇后。

Humana[®]

登記投保前檢查清單

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

瞭解相關福利

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

瞭解重要規則

- 福利、保費及/或共付額/共保額可能在 2024 年 1 月 1 日變更。
- 除非是急診案例或緊急情況，否則我們不會給付網路外提供者 (未列在提供者名錄中的醫生) 的醫療服務費用。
- 此計劃是一項雙重資格的特殊需求計劃 (D-SNP)。您的投保資格將基於您能夠證明，您有資格獲得 Medicare (聯邦醫療保險)，以及 Medicaid (醫療補助) 下的州計劃所提供的醫療協助。此計劃可以投保 FBDE、QMB、QMB+。

福利摘要

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)

紐約市
紐約市特定郡縣

我們的服務區域包括紐約州的下列郡縣： 金斯、紐約、皇后。

Humana[®]



我們來談談 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)

您可以從這份簡單易用的指南中，進一步瞭解 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 計劃，包括其承保的健康與藥物服務。

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 是簽訂 Medicare 合約和 New York 州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 方案合約的一項協調護理計劃 HMO。登記投保這項 Humana (惠安納) 計劃的資格視續約情況而定。

這裡提供的福利資訊是我們的承保內容和您所需支付費用的摘要。其中並沒有列出我們承保的每一項服務，也沒有列出所有限制或排除情況。如需我們所承保服務的完整清單，請向我們索取《保險證明》。

身為會員，您必須選擇一名網路內醫生做為您的初級保健提供者 (PCP)。Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 擁有由醫生、醫院、藥房和其他提供者組成的網路。如果您使用的提供者不在我們的網路中，則本計劃可能不會支付這些服務的費用。您可以與醫療保險經理聯繫。醫療保險經理是護理師或護理協調員，他們提供額外的服務，以支持您的健康和福祉，包括：急症和慢性病症照護管理、電話和面對面的保健支援，協助協調 Medicare 和 Medicaid 的福利、教育資源和講座，以及對家庭成員和照顧者的支援。

投保資格

若要投保 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 雙重資格特殊需求計劃，您必須有資格獲得 Medicare A 部分、已投保 Medicare B 部分、居住在我們的服務區內，並且得到 New York 州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 特定程度的協助。如果您同時享有 Medicare 和 Medicaid 福利，這就表示您擁有雙重資格。

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 可以讓 FBDE、QMB、QMB+ 投保。

符合資格的 Medicare 受益人 (QMB)：幫助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用 (例如免賠額、共保額和共付額)。

符合資格的 Medicare 受益人 Plus (QMB+)：幫助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用 (例如免賠額、共保額和共付額)，並為 Medicaid 提供者提供的 Medicaid 服務提供完整的 Medicaid 福利。

完整福利雙重資格 (FBDE)：可以獲得財務協助，以用於支付 Medicare A 部分保費及/或 Medicare B 部分保費和其他分攤費用 (例如免賠額、共保額和共付額)，並提供完整的 Medicaid 福利。

計劃名稱：

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)

進一步瞭解 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)

身為本計劃會員，您不需要承擔計劃福利的分攤費用。Medicaid 比較表顯示 Medicaid 可能為某些雙重資格會員承保的特定福利。在使用任何 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 福利後，您將與您的 Humana 護理協調員一起瞭解並取得 New York 州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 所提供的這些福利。「承保的醫療和醫院福利」表顯示您將從 Humana 獲得的福利。

請務必向提供者出示您的 New York 州衛生署 (SDOH) (Medicaid) ID 卡以及 Humana 會員卡，讓提供者知道您也有 Medicaid 保險。您可能需支付特定的小額 Medicaid 共付額。您的服務費用會先由 Humana 支付，再由 Medicaid 支付。

如何與我們聯絡：

如果您對您的福利或是您可以獲得的 Medicaid 資格等級有任何疑問，請聯絡 Humana 客戶服務部或紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 以瞭解更多詳情。

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

如果您**並非**本計劃的會員，請撥打以下免費電話：**1-800-833-2364 (聽障專線：711)**。

10月1日至3月31日：

每週7天，上午8時至晚上8時

4月1日至9月30日：

週一至週五，上午8時至晚上8時

或者造訪我們的網站：**Humana.com/medicare**。

Medicaid 福利的上次確認日期為 2022 年 7 月 1 日，且可能隨時變更。

關於 New York 州 Medicaid 保險的最新資訊，請造訪 New York 州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 網站 https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/，或是撥打 Medicaid 熱線 1-800-541-2831 (聽障專線：711)。



健康的合作夥伴關係

更充分利用您的計劃—透過 Humana 提供的額外服務和資源！



每月保費、免賠額及限額

每月計劃保費	\$0 您必須繼續繳納 Medicare B 部分保費。您的 A 部分及/或 B 部分保費可由 New York 方案替您支付。
醫療免賠額	本計劃沒有免賠額。
藥房 (D 部分) 免賠額	\$0 (若您具備「額外幫助」資格)
自付額責任上限	本計劃沒有自付額責任上限。



承保的醫療和醫院福利

您在這項 HUMANA 計劃支付的費用

急症住院護理	共付額 \$0
門診醫院給付	
在門診醫院接受門診手術	共付額 \$0
在門診手術中心接受門診手術	共付額 \$0
醫生診所就診	
初級保健提供者 (PCP)	共付額 \$0
專科醫生	共付額 \$0
預防保健	

我們的計劃承保許多預防服務，當您看網路內提供者時，無需支付任何費用，包括：

- 腹部主動脈瘤篩檢
- 酒精濫用輔導
- 骨質密度檢測
- 乳癌篩檢 (乳房 X 光檢查)
- 心血管疾病 (行為療法)
- 心血管疾病篩檢
- 子宮頸癌和陰道癌篩檢
- 大腸癌篩檢 (結腸鏡檢查、糞便潛血檢測、軟式乙狀結腸鏡檢查)
- 憂鬱症篩檢
- 糖尿病篩檢
- 愛滋病 (HIV) 篩檢

您不需要轉診即可從計劃提供者接受承保的服務。某些程序、服務和藥物可能需要事先取得您的計劃的核准。這稱為「事先授權」或「預先授權」。請聯繫您的 PCP，或參閱《保險證明》(EOC)，以瞭解需要獲得計劃事先授權的服務。



承保的醫療和醫院福利 (續)

您在這項 HUMANA 計劃支付的費用

- 醫學營養治療服務
- 肥胖症篩檢和輔導
- 前列腺 (攝護腺) 癌篩檢 (PSA)
- 性傳播感染篩檢和輔導
- 戒除菸草使用輔導 (針對沒有菸害相關疾病徵兆的人提供輔導)
- 疫苗，包括流感疫苗、B 型肝炎疫苗、肺炎球菌疫苗
- 「Welcome to Medicare」預防就診 (一次性)
- 年度健康檢查
- 肺癌篩檢
- 例行體檢
- Medicare 糖尿病預防方案

在合約年度內，Medicare 所核准的任何額外預防服務均在給付範圍內。

急診治療

急診室

如果您在 24 小時內獲准入院，則無需支付急診治療的分攤費用。

共付額 \$0

急需服務

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

共付額 \$0

診斷服務、化驗室和成像

乳房 X 光診斷檢查

共付額 \$0

診斷放射學

共付額 \$0

化驗室服務

共付額 \$0

診斷檢驗和程序

共付額 \$0

門診 X 光檢查

共付額 \$0

放射治療

共付額 \$0

聽力服務

Medicare 承保的聽力服務

共付額 \$0

例行聽力

HER814

- 每年最多 1 次驗配/評估、例行聽力檢查，共付額 \$0。
- 每 3 年最多 2 個助聽器 (所有類型)，福利給付金額上限 \$1000。

您不需要轉診即可從計劃提供者接受承保的服務。某些程序、服務和藥物可能需要事先取得您計劃的批准。這稱為「事先授權」或「預先授權」。請聯繫您的 PCP，或參閱保險證明 (EOC)，以瞭解需要獲得計劃事先授權的服務。

Humana.



您在這項 HUMANA 計劃支付的費用

牙科服務

Medicare 承保的牙科項目

共付額 \$0

例行牙科項目

牙科服務受限於我們的標準索賠審查程序，其中可能包括批准保險的牙科病史。本計劃的牙科福利不一定涵蓋美國牙科協會的所有處置碼。有關每個計劃的資訊，請造訪

Humana.com/sb。

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

HumanaDental Medicare 網路可用於強制性牙科補充保險。提供者查詢器可透過下列方式找到：Humana.com > 「尋找醫生」> 從「搜尋類型」下拉式清單中選擇「牙科」> 在「保險類型」下選擇「所有牙科網路」> 輸入郵遞區號 > 從「網路」下拉式清單中選擇「HumanaDental Medicare」。

DEN338

- 每 3 年每個四分區最多 1 次潔治和根面平整 (深層洗牙)，共付額 \$0。
- 每 3 年最多 1 次口腔綜合評估或牙周檢查、中度發炎潔治，共付額 \$0。
- 每 5 年最多 1 次環口 X 光或診斷 X 光檢查，共付額 \$0。
- 每年最多 1 組咬翼片 X 光檢查、口內 X 光檢查，共付額 \$0。
- 每年最多 1 次急診診斷檢查，共付額 \$0。
- 每年最多 2 次氟化物治療、定期口腔檢查、預防性治療 (洗牙)，共付額 \$0。
- 每年最多 4 次牙周維護，共付額 \$0。
- 每年在承保的服務範圍內進行汞合金及/或複合樹脂補牙、必要的麻醉次數不限，共付額 \$0。
- 預防和綜合保險福利每年福利給付金額上限 \$2000。

視力服務

Medicare 承保的視力服務

共付額 \$0

Medicare 承保的糖尿病眼睛檢查

共付額 \$0

Medicare 承保的青光眼篩檢

共付額 \$0

Medicare 承保的眼鏡 (白內障後)

共付額 \$0

例行視力

VIS735

例行視力的提供者查詢器位於 Humana.com > 「尋找醫生」> 選擇「視力保健」圖示 > 「透過 Medicare 優勢計劃的視力保險」。

- 每年最多 1 次例行檢查，共付額 \$0。
- 隱形眼鏡或普通眼鏡 (鏡片和鏡框)、驗配普通眼鏡鏡片和鏡框，每年福利給付金額上限為 \$200。
- 鏡片可以選擇，最高福利給付金額每年不超過 1 副。

您不需要轉診即可從計劃提供者接受承保的服務。某些程序、服務和藥物可能需要事先取得您的計劃的核准。這稱為「事先授權」或「預先授權」。請聯繫您的 PCP，或參閱《保險證明》(EOC)，以瞭解需要獲得計劃事先授權的服務。



承保的醫療和醫院福利 (續)

您在這項 HUMANA 計劃支付的費用

- 最高福利給付金額上限每年僅可使用一次。

心理健康服務

住院

共付額 **\$0**

您的計劃可承保終身最多 190 日的精神科醫院內住院心理健康護理

團體和個人治療就診門診

共付額 **\$0**

專業護理設施 (SNF)

您的計劃可承保在 SNF 中最多 100 日

共付額 **\$0**

物理治療

共付額 **\$0**

救護車

救護車

共付額 **\$0**

交通

每年最多 24 次單程交通服務享有計劃批准之地點 **\$0** 的共付額。
本福利以每次交通服務不超過 25 英里為限。

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

Medicare B 部分藥物

化療藥物

共付額 **\$0**

其他 B 部分藥物

共付額 **\$0**

您不需要轉診即可從計劃提供者接受承保的服務。某些程序、服務和藥物可能需要事先取得您計劃的批准。這稱為「事先授權」或「預先授權」。請聯繫您的 PCP，或參閱保險證明 (EOC)，以瞭解需要獲得計劃事先授權的服務。

Humana.



處方藥福利

處方藥物

Medicare D 部分藥物

計劃承保的處方藥物資訊請參見下表

\$0 Rx 共付額福利 如果您符合「額外幫助」資格，將為處方列表上的所有 Medicare D 部分承保處方藥、所有等級和所有階段支付 **\$0**。

藥房選項

郵購	郵購分攤費用 \$0	CenterWell Pharmacy™、Walmart Mail、PillPack 我們的網路內也有其他藥房可供選擇。若要尋找藥房郵購選項，請前往 Humana.com/pharmacyfinder
零售	零售分攤費用	所有網路零售藥房
非品牌藥物 (包括視為非品牌藥物的品牌藥物)，可選擇：	30 日供應量	90 日供應量*
	\$0	\$0
其他所有藥物 ，可選擇：	\$0	\$0

我們的網路內也有其他藥房可供選擇。

*某些藥物僅限提供 30 日的供應量

若要瞭解您是否有資格獲得「額外幫助」，請聯絡社會安全局辦公室，電話：1-800-772-1213，週一至週五上午 7 點至晚上 7 點。聽障人士請致電 1-800-325-0778。如需更多關於藥房特定分攤費用的資訊，請致電我們或參閱保險證明第 6 章，以瞭解更多詳細資訊。

如果您居住在長期照護設施內，您支付的款項與在零售藥房內相同。

您可以從網路外藥房取得藥物，但費用可能高於您在網路內藥房支付的金額。

重大傷病承保範圍

在您每年的自付藥物費用 (包括透過零售藥房和郵購的藥物) 達到 **\$7,400** 後，您無需再為任何藥物支付費用。



額外的福利

	您在這項 HUMANA 計劃支付的費用
Medicare 承保的足部照護 (足病學)	共付額 \$0
Medicare 承保的脊椎矯正服務	共付額 \$0
醫療設備/用品	
耐用的醫療設備 (如輪椅或氧氣)	共付額 \$0
醫療用品	共付額 \$0
義肢 (義肢或支架)	共付額 \$0
糖尿病監測用品	共付額 \$0

復健服務

職業治療及言語治療	共付額 \$0
心臟康復治療	共付額 \$0
肺康復治療	共付額 \$0

遠程醫療服務 (除原有的 Medicare 之外)

初級保健提供者 (PCP)	共付額 \$0
專科醫生	共付額 \$0
急需護理服務	共付額 \$0
藥物濫用或行為健康服務	共付額 \$0

**Medicaid 福利比較**

以上「承保的醫療和醫院福利」章節所述的福利，是 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的給付範圍。以下是一些符合 Medicaid 資格的個人可直接從 New York 州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 獲得的福利比較。下列的每一項福利，您可以看到 New York 州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 承保的範圍和我們的計劃承保的範圍。所有 Medicaid 福利均受限於 Medicaid 資格規範和要求，且僅適用於符合完整雙重資格的個人。如果您對您的 Medicaid 資格和您有資格獲得的福利有任何疑問，請詳閱您的會員手冊，或撥打 1-800-541-2831 聯絡 New York 州衛生署 (SDOH) (Medicaid)。

福利	MEDICAID 福利	我們的計劃福利
急症住院護理	承保	承保
救護車	承保	承保
門診手術中心	承保	承保
假牙	承保	不在承保範圍內
診斷服務/化驗室/成像	承保	承保
醫生診所就診 (初級保健提供者 (PCP)/專科醫生)	承保	承保
急診治療	承保	承保
普通眼鏡	承保	承保
助聽器	承保	承保
以家庭和社區為基礎的豁免服務方案	承保	不在承保範圍內

福利	MEDICAID 福利	我們的計劃福利
在精神疾病 (MD) 治療機構接受住院醫院、護理機構和中級護理設施服務，年齡在 65 歲以上	承保	承保限制
精神科住院服務，年齡在 21 歲以下	承保	承保限制
智力殘障者的中級護理設施 (ICF-IDD)	承保	不在承保範圍內
智力殘障者的中級護理設施服務	承保	承保限制
心理健康服務 (門診團體治療和個人治療就診)	承保	承保
除了在精神疾病治療機構就診以外的護理機構服務	承保	承保限制
門診醫院給付	承保	承保
物理治療	承保	承保
處方藥 - Medicare B 部分藥物	承保	承保
處方藥 - 門診處方藥；Medicare 承保與非 Medicare 承保	承保	承保
預防保健 (例如流感疫苗、糖尿病篩檢)	承保	承保
例行非緊急醫療交通服務	承保	承保
專業護理設施	承保	承保
急需服務	承保	承保



本計劃的更多福利

您可以享受本計劃中包含的一些額外福利。

以下是我們承保的摘要。它並不會列出我們承保的每項服務，也不會列出每項的限制或排除條件。《保險證明》(EOC) 提供保險和服務的完整清單。請瀏覽 [Humana.com/medicare](https://www.humana.com/medicare) 查看 EOC 的詳細內容，或致電 **1-800-833-2364**。

Humana Healthy Options 津貼

\$150 會每月自動預先儲值到預付卡上，可用於從全國零售商網路購買食品、非處方 (OTC) 產品和居家用品。該卡片也可用於支付非醫療交通費、一般日常生活開銷 (例如租賃協助、網際網路和水電等費用)、社交需求、老化支援和輔助裝置、害蟲控制和寵物照護和用品。未使用的基金會延續至下一個月，並於計劃年度結束時到期。津貼金額不得與其他福利津貼合併使用。可能存在限制和條件。

Humana 消費帳戶卡片

以下列出的津貼將預先儲值到這張預付卡。每項津貼皆與列出的任何其他津貼分開。可透過這張卡片使用顯示的津貼。津貼金額不得與其他福利津貼合併使用。可能存在限制和條件。

*Healthy Options 津貼

HMO 旅遊保險福利

若會員在前往其他州和波多黎各的旅行期間，從參與的 HMO 全國網路內提供者獲得服務，即可享有網路內福利。

針灸

每次針灸就診的共付額為 **\$0**，每年最多就診 25 次。

可能有授權規定

Humana Well Dine® 膳食方案

Humana 為在醫院或護理機構住院時間之後的會員提供的居家送餐方案。

獎勵和激勵

Go365 by Humana® 是完成特定預防健康篩檢和健康與保健活動的獎勵和激勵方案。

SilverSneakers® 健身方案

基本健身中心會員資格，包括健身課程。



進一步瞭解



您可以在我們的網站 humana.com/finder/search 查看計劃的**提供者名錄和藥房名錄**，或撥打本手冊開頭列出的電話號碼與我們聯絡，我們會寄一份給您。



您可以在我們的網站 humana.com/medicaredruglist 上查看計劃的**藥物指南**，或撥打本手冊開頭列出的電話號碼與我們聯絡，我們會寄一份指南給您。

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

Humana 在經過國家品質保證委員會 (NCQA) 根據其對 Humana 醫療模式的審查後，核准其做為特殊需求計劃 (SNP) 運作直到 2023 年 12 月 31 日為止。

您的提供者可選擇向 New York 州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 提交申請，以考慮對適用於免賠額、共保額或共付額之金額的額外次要給付。如果您符合費用分攤的資格，提供者必須按照聯邦法規接受 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 主要給付和 New York 州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 次要給付，做為承保的 Medicare A 部分和 B 部分服務的全額款項 - 即使 Medicaid 款項為零，或提供者選擇不提交給 Medicaid 亦然。

如果您的分攤費用獲得 New York 州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 保障，Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 提供者不得針對 Medicare A 部分和 B 部分承保的服務和項目向您收取費用或開立帳單，包括免賠額、共保額和共付額，即使 Medicaid 款項為零，或提供者選擇不提交給 Medicaid 亦然。如果提供者要求您支付費用，則是違法的行為。不過，您可能需要負擔小額的 Medicaid 共付額。

如果您受到分攤費用的保障，卻遭收取或被要求支付提供者 Medicare A 部分和 B 部分服務承保的免賠額、共保額或共付額，請告知您的提供者您受到分攤費用的保障，不應向您收費。若您已付款，則有權辦理退款。如果您的提供者仍向您收費，您可以致電 1-800-457-4708，或者也可以致電 Medicare：1-800-Medicare (1-800-633-4227)，(聽障專線：1-877-486-2048)。Humana 或 Medicare 可以要求您的提供者停止向您開立帳單，並退還您已支付的任何款項。

所示的遠程醫療服務是原有的 Medicare 承保遠程醫療的補充內容。您的費用可能與原有的 Medicare 的遠程醫療有異。

對遠程醫療服務 (又稱為虛擬就診或遠程醫療) 的限制，因州別而異。這些服務無法取代急診治療，亦無法取代您網路內的初級保健提供者或其他提供者。任何關於遠程醫療服務使用時機的說明僅供參考，亦不應視為醫療建議。請參閱您的《保險證明》，以瞭解計劃的可能承保內容或其他適用規則的額外詳細資訊。

除了 C 部分福利和 D 部分福利外，計劃也可能提供補充福利。

Humana.

重要事項

在 Humana，我們十分重視讓您得到公平對待。

Humana Inc. 及其附屬機構不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障、生理性別、性傾向、社會性別、性別認同、血統、族裔、婚姻狀況、宗教或語言，而歧視或排斥任何人。歧視有違法律。Humana 及其附屬機構遵守適用的聯邦民權法。如果您認為自己受到 Humana 或其附屬機構的歧視，可以透過下列方式獲得協助。

- 您可以提出投訴，也稱為申訴：
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618.
如果您在提出申訴時需要幫助，請致電 **1-877-320-1235**，**聽障專線**請撥 **711**。
- 您也可以透過**美國衛生和人類服務部**民權辦公室的投訴入口網站，以電子方式提出民權投訴，網址為 **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**，或者聯絡**美國衛生和人類服務部**，200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，電話：**1-800-368-1019**、**800-537-7697** (**聽障專線**)。您可在 **<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** 取得投訴表格。
- **California 居民**：您也可以致電加州保險部免費熱線號碼：**1-800-927-HELP (4357)** 提出申訴。

您可以免費使用輔助工具和服務。

1-877-320-1235 (聽障專線：711)

當需要有輔助工具和服務以確保平等參與機會時，Humana 為殘障人士提供免費的輔助工具和服務，例如合格手語翻譯員、遠距視訊口譯和其他格式的書面資訊。

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034
(HMO D-SNP)
H3533034001 CHT
紐約市特定郡縣



Humana.com

Humana.