

福利摘要

選擇性補充保險福利

HumanaChoice H5525-055 (PPO)

舊金山

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](https://www.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

- 除了每月計劃保費外，您還必須繼續支付 Medicare B 部分保費。這筆保費通常會每個月從您的社會安全局支票中扣除。
- 福利、保費及/或共付額/共保額可能在 2024 年 1 月 1 日變更。
- 我們的計劃允許您使用我們網路外的提供者看診 (非簽約提供者)。不過，雖然我們將支付承保的服務，但提供者必須同意為您進行治療。除急診或緊急情況外，非簽約提供者可拒絕照護。此外，您可能因接受非合約提供者的服務而支付更高的共付額。

好消息—Humana (惠安納) Medicare 優勢計劃的 B 部分胰島素和 B 部分藥物福利在 2023 年變得更好。

在 Humana，我們致力於協助會員達到整體健康，以讓他們能活得精采，這包括提供我們的會員能獲得更平價處方藥的管道。

《降低通膨法案》(Inflation Reduction Act) 通過後，所有 Medicare 優勢計劃在 2023 年將有更佳的福利：

自 2023 年 4 月 1 日起生效，部分可退款的 B 部分藥物可能適用較低共保額。這表示從 2023 年 4 月 1 日開始，某些 B 部分藥物將有比您的標準 B 部分藥物共保額更低的共保額，有助於讓您避免 B 部分藥物花費增加。任何共保額調整將由藥房在購買當時進行。請注意，這不會影響您的 D 部分處方藥保險。

自 2023 年 7 月 1 日起生效，透過耐用醫療設備承保項目給藥的承保 B 部分胰島素，一個月 (最多 30 天) 供應量的分攤費用將不會高於 \$35，且如果您的計劃有免賠額，其不適用於 B 部分胰島素。B 部分胰島素最常透過胰島素幫浦使用。

請注意，您先前的會員資料中提供的計劃資訊可能不會反映這些因為《降低通膨法案》(Inflation Reduction Act) 通過而增加的 2023 年福利。

福利摘要

HumanaChoice H5525-055 (PPO)

舊金山

我們的服務區包括加利福尼亞州的下列郡縣：舊金山。



讓我們來談談 HumanaChoice H5525-055 (PPO)

您可以從這份簡單易用的指南中，進一步瞭解 HumanaChoice H5525-055 (PPO) 計劃，包括其承保的健康與藥物服務。

HumanaChoice H5525-055 (PPO) 是一項簽署 Medicare (聯邦醫療保險) 合約的 Medicare 優勢 PPO 健保計劃。登記投保這項 Humana (惠安納) 計劃的資格視續約情況而定。

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

投保資格

若要加入 HumanaChoice H5525-055 (PPO)，您必須有資格獲得 Medicare A 部分、已投保 Medicare B 部分，而且居住在我們的服務區內。

計劃名稱：

HumanaChoice H5525-055 (PPO)

如何與我們聯絡：

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

進一步瞭解 HumanaChoice H5525-055 (PPO)

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

如果您擁有 Medicaid，請務必向提供者出示您的 Medicaid ID 卡以及 Humana 會員卡，讓提供者知道您可能有其他保險。您的服務費用會先由 Humana 支付，再由 Medicaid 支付。

身為會員，您最好是選擇一名醫生作為您的初級保健提供者 (PCP)。HumanaChoice H5525-055 (PPO) 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，則您可能須支付更高的共付額/共保額。



健康的合作夥伴關係

更充分地利用您的計劃 — 透過 Humana 提供的額外服務和資源！

每月保費、免賠額及限額

計劃費用

每月計劃保費

您必須繼續繳納 Medicare B 部分保費。

\$27

如果您獲得保費援助，您的計劃保費可能會減少。

醫療免賠額

\$550 (合併)

在網路內初級保健醫生診所、專科醫生診所及化驗室服務處獲得的所有服務，都不算在合併網路內和網路外免賠額之內。原有的 Medicare 不承保的服務、救護車服務、急診室服務、在急需護理中心接受的急需服務、免疫接種 (流感和肺炎)、Medicare 承保的預防服務、糖尿病監測用品、化療藥物和施打，以及 Medicare B 部分承保的藥物，都不算在合併網路內和網路外免賠額之內。

藥房 (D 部分) 免賠額

購買第 1 級、第 2 級和第 3 級藥物無需免賠額
購買第 4 級和第 5 級藥物為 **\$250**

自付額責任上限

您當年度共付額、共保額和其他承保的醫療服務費用的最高自付額。

網路內 **\$6,500**

\$10,000 (合併網路內與網路外)

承保的醫療和醫院福利

網路內

網路外

急症住院護理

第 1-5 日每天共付額 **\$300**
第 6-90 日每天共付額 **\$0**
您的計劃給付的住院時間不限天數。

費用的 **45%**

門診醫院給付

在門診醫院接受門診手術

共付額 **\$295**

費用的 **45%**

在門診手術中心接受門診手術

共付額 **\$250**

費用的 **45%**

您不需要轉診即可從計劃提供者接受承保的服務。某些程序、服務和藥物可能需要事先取得您計劃的批准。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



承保的醫療和醫院福利 (續)

	網路內	網路外
醫生診所就診		
初級保健提供者 (PCP)	共付額 \$0	共付額 \$25
專科醫生	共付額 \$30	共付額 \$60
預防保健		
	<p>我們的計劃涵蓋許多預防服務，當您看網路內提供者時，無需支付任何費用，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> · 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 · HIV 篩檢 · 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、肺炎鏈球菌疫苗 · 「Welcome to Medicare」預防就診 (一次性) · 年度健康檢查 · 肺癌篩檢 	<p>共付額 \$0 至 \$60 或費用的 40%，根據服務和提供服務的場所而定</p> <p>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。</p>

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。



承保的醫療和醫院福利 (續)

	網路內	網路外
	<ul style="list-style-type: none"> • 例行體檢 • Medicare 糖尿病預防方案 <p>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。</p>	
急診治療		
急診室	共付額 \$95	共付額 \$95
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。		
急需服務	急需護理中心共付額 \$30	急需護理中心共付額 \$30
急需服務是指在非急診情況下需要立刻得到醫治的無法預知的疾病、受傷或病症。		
門診治療和診斷服務、化驗室和成像		
分攤費用可能會因服務和提供服務的場所而有所不同		
乳房 X 光診斷檢查	共付額 \$0	費用的 40%
結腸鏡診斷檢查	共付額 \$0	費用的 40%
診斷放射學	共付額 \$0 至 \$200	費用的 40%
化驗室服務	共付額 \$0 至 \$40	共付額 \$10 或費用的 40%
診斷檢驗和程序	共付額 \$0 至 \$40 或費用的 40%	費用的 40%
門診 X 光檢查	共付額 \$0 至 \$30	費用的 40% 至 45%
放射治療	費用的 20%	費用的 40%
聽力服務		
Medicare 承保的聽力服務	共付額 \$30	共付額 \$60

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



承保的醫療和醫院福利 (續)

	網路內	網路外
例行聽力	<p>HER943</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每年最多 1 次例行聽力檢查，共付額 \$0。 • 每年每耳最多 1 個高級助聽器，每個助聽器共付額 \$499。 • 每年每耳最多 1 個優質助聽器，每個助聽器共付額 \$799。 <p>助聽器購買包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 購買 TruHearing 助聽器後第一年提供者追蹤造訪次數不限 • 60 天試用期 • 3 年延長保固 • 非充電式機型每個助聽器 80 顆電池 	<p>HER943</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每年最多 1 次例行聽力檢查，共付額 \$0。 • 每年每耳最多 1 個高級助聽器，每個助聽器共付額 \$499。 • 每年每耳最多 1 個優質助聽器，每個助聽器共付額 \$799。 <p>您必須去看 TruHearing 提供者才能使用本福利。請致電 1-844-255-7144 以預約時間 (聽障人士請撥 711)。</p>

牙科服務

以下所示的分攤費用是您為承保的服務所支付的費用。

Medicare 承保的牙科項目

	共付額 \$30	共付額 \$60
例行牙科項目	<p>DEN359</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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、咬合調整、中度發炎潔治，共付額 \$0。 • 每 5 年最多 1 次牙橋、全口假牙、牙冠重新固定、假牙重新固定、環口 X 光或診斷 X 光檢查、局部假牙，共付額 \$0。 • 每顆牙齒終身最多 1 次牙冠、根管治療、根管再治療，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。 	<p>DEN359</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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、咬合調整、中度發炎潔治，共付額 \$0。 • 每 5 年最多 1 次牙橋、全口假牙、牙冠重新固定、假牙重新固定、環口 X 光或診斷 X 光檢查、局部假牙，共付額 \$0。 • 每顆牙齒終身最多 1 次牙冠、根管治療、根管再治療，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。

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。

網路外牙醫未同意以合約費率提供服務。從網路外獲得的福利受網路內福利的上限、限制及/或排除情況所規範。網路外提供者可能會向您收取任何超出 Humana 所支付給提供者的金額。

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。



承保的醫療和醫院福利 (續)

網路內	網路外
<p>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」。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每年最多 1 次假牙調整、假牙換底、假牙墊底、假牙修復、急診診斷檢查、組織調理，共付額 \$0。 • 每年最多 2 次牙痛急診治療、氟化物治療、口腔手術、定期口腔檢查、口腔疾病預防 (洗牙)，共付額 \$0。 • 每年最多 4 次牙周維護，共付額 \$0。 • 每年無限次汞合金和/或複合樹脂補牙、在承保的服務範圍內必要的麻醉、簡單或手術拔牙，共付額 \$0。 • 預防和綜合保險福利每年合併福利給付金額上限 \$1000。 	<ul style="list-style-type: none"> • 每年最多 1 次假牙調整、假牙換底、假牙墊底、假牙修復、急診診斷檢查、組織調理，共付額 \$0。 • 每年最多 2 次牙痛急診治療、氟化物治療、口腔手術、定期口腔檢查、口腔疾病預防 (洗牙)，共付額 \$0。 • 每年最多 4 次牙周維護，共付額 \$0。 • 每年無限次汞合金和/或複合樹脂補牙、在承保的服務範圍內必要的麻醉、簡單或手術拔牙，共付額 \$0。 • 預防和綜合保險福利每年合併福利給付金額上限 \$1000。 • 網路外獲得的福利受限於任何網路內最高福利、限制及/或排除情況。

視力服務

Medicare 承保的視力服務	共付額 \$30	共付額 \$60
Medicare 承保的糖尿病眼睛檢查	共付額 \$0	費用的 40%
Medicare 承保的青光眼篩檢	共付額 \$0	費用的 40%
Medicare 承保的眼鏡 (白內障後)	共付額 \$0	費用的 50%

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



承保的醫療和醫院福利 (續)

	網路內	網路外
例行視力	VIS751	VIS751
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」。	<ul style="list-style-type: none"> • 每年最多 1 次例行檢查，共付額 \$0。 • 例行檢查的每年合併福利給付金額上限 \$75。 • 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)，每年合併福利給付金額上限 \$100。 • 鏡片選項可能享有每年最多 1 副的福利給付金額。 • 最高福利給付金額的上限是每年使用一次。 	<ul style="list-style-type: none"> • 每年最多 1 次例行檢查，共付額 \$0。 • 例行檢查的每年合併福利給付金額上限 \$75。 • 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)，每年合併福利給付金額上限 \$100。 • 鏡片選項可能享有每年最多 1 副的福利給付金額。 • 最高福利給付金額的上限是每年使用一次。 • 網路外獲得的福利受限於任何網路內最高福利、限制及/或排除情況。
心理健康服務		
住院	第 1-5 日每天共付額 \$300 ，第 6-90 日每天共付額 \$0	費用的 45%
您的計劃可承保終身最多 190 天精神科醫院的住院心理健康護理		
團體和個人治療就診門診	共付額 \$30 至 \$40	費用的 40%
分攤費用可能會因提供服務的場所而有所不同。		
專業護理設施 (SNF)		
您的計劃可承保在 SNF 中最多 100 日	第 1-20 日每天共付額 \$0 ，第 21-100 日每天共付額 \$175	第 1-100 日為費用的 45%
物理治療		
	共付額 \$40	費用的 40%

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。



承保的醫療和醫院福利 (續)

	網路內	網路外
救護車		
救護車 (地面)	每個服務日共付額 \$250	每個服務日共付額 \$250
救護服務 (空中)	費用的 20%	費用的 20%
交通		
	不在承保範圍內	不在承保範圍內
Medicare B 部分藥物		
化療藥物	費用的 20%	費用的 40%
其他 B 部分藥物	費用的 20%	費用的 40%



處方藥福利

處方藥物

有關您支付的疫苗費用的重要訊息

無論屬於哪種分攤費用等級，本計劃承保大部分 D 部分疫苗 (您無須支付任何費用)，即使您尚未支付免賠額亦然。

有關您支付的胰島素費用的重要訊息

無論屬於哪種分攤費用等級，您針對本計劃承保範圍內各項 D 部分胰島素產品一個月 (最多 30 天) 的供應量所支付的費用將不超過 \$35，即使您尚未支付免賠額亦然。這適用於所有 D 部分承保胰島素，包括「胰島素費用節省方案」承保範圍內的特定胰島素 (如下所述)。如果您獲得「額外幫助」，您針對各項 D 部分承保胰島素一個月供應量所支付的費用仍將不超過 \$35。請參閱處方藥指南，找出您的計劃承保的所有 D 部分胰島素。

如果您的藥物並未獲得「額外幫助」，您將支付下列費用：

免賠額 購買第 1 級、第 2 級和第 3 級藥物無需免賠額。本計劃第 4 級和第 5 級藥物有 **\$250** 免賠額。您支付這些藥物的全額費用，直到達到 **\$250** 為止。然後，您只需支付分攤費用即可。

初始保險 (在您支付免賠額之後)

您支付以下金額，直到年度藥費總額達到 **\$4,660**。年度藥費總額是指您和我們的計劃共同支付的藥物費用總額。達到此金額後，您將會進入「保險缺口」。

郵購分攤費用

藥房選項	標準		首選	
	30 日供應量	100 日供應量*	30 日供應量	100 日供應量*
第 1 級：首選非品牌	\$10	\$30	\$0	\$0
第 2 級：非品牌藥物	\$20	\$60	\$0	\$0
第 3 級：首選品牌	\$47	\$141	\$47	\$94
第 4 級：非首選藥物	\$100	\$300	\$100	\$200
第 5 級：專門等級	29%	不適用	29%	不適用

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.

零售分攤費用		
藥房選項	零售 所有網路零售藥房。若要尋找鄰近的零售藥房，請前往 Humana.com/pharmacyfinder	
	30 日供應量	100 日供應量*
第 1 級：首選非品牌	\$0	\$0
第 2 級：非品牌藥物	\$0	\$0
第 3 級：首選品牌	\$47	\$141
第 4 級：非首選藥物	\$100	\$300
第 5 級：專門等級	29%	不適用

您的計劃參與了「胰島素費用節省方案」。無論屬於哪種分攤費用等級，您針對特定胰島素一個月（最多 30 天）供應量所支付的費用將不超過 \$35，即使您尚未支付免賠額亦然。若要識別「胰島素費用節省方案」中包含的「特定胰島素」，請在您的處方藥指南中找出 **ISP** 指標。如果您獲得「額外幫助」，則不符合參加此方案的資格。

您的計劃還會提供增強型胰島素承保範圍，也就是說，無論屬於哪種分攤費用等級，您針對本計劃承保範圍內所有 D 部分胰島素（包括特定胰島素）一個月（最多 30 天）的供應量所支付的費用將不超過 \$35，即使您尚未支付免賠額亦然。即使您獲得「額外幫助」，仍可使用增強型胰島素承保範圍。

您的特定胰島素分攤費用

特定胰島素的郵購分攤費用				
藥房選項	標準 Walmart Mail、PillPack 我們的網路中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 Walmart Mail、PillPack		首選 CenterWell Pharmacy™	
	30 日供應量	100 日供應量*	30 日供應量	100 日供應量*
第 3 級：首選品牌	\$35	\$105	\$35	\$70

特定胰島素的零售分攤費用		
藥房選項	零售 所有網路零售藥房。若要尋找鄰近的零售藥房，請前往 Humana.com/pharmacyfinder	
	30 日供應量	100 日供應量*
第 3 級：首選品牌	\$35	\$105

如果您的藥物獲得「額外幫助」，您將支付以下費用：

免賠額 您可能需支付 \$0 或 \$104，根據您第 4 級和第 5 級的「額外幫助」等級而定。如果您的免賠額為 \$104，您需支付這些藥物的全額費用，直到達到 \$104 為止。然後，您只需支付分攤費用即可。

藥房分攤費用		
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	100 日供應量*
	共付額 \$0；或 共付額 \$1.45；或 共付額 \$4.15；或 費用的 15%	共付額 \$0；或 共付額 \$1.45；或 共付額 \$4.15；或 費用的 15%
其他所有藥物，可選擇：	共付額 \$0；或 共付額 \$4.30；或 共付額 \$10.35；或 費用的 15%	共付額 \$0；或 共付額 \$4.30；或 共付額 \$10.35；或 費用的 15%

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，其他藥物則可能有資格獲得最多 100 日的供應量

其他藥物承保範圍

勃起功能障礙 (ED) 藥物

承保於第 1 級分攤費用金額。

減肥藥物

承保於第 2 級分攤費用金額。

分攤費用可能會因您選擇的藥房、您進入 D 部分福利另一個階段的時間，以及您是否符合「額外幫助」的資格而有所不同。如要瞭解您是否有資格獲得「額外幫助」，請聯絡社會安全局辦公室，電話：1-800-772-1213，週一至週五上午 7 點至晚上 7 點。聽障專線使用者請致電 1-800-325-0778。如需更多關於處方藥福利的資訊，請致電我們或線上存取您的《保險證明》。

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，但可能比您在網路內藥房支付的費用還多。

保險缺口

在您進入保險缺口後，您將支付計劃承保品牌藥物費用的百分之 25 和計劃承保非品牌藥物費用的百分之 25，直到您的自付費用總額達到 \$7,400—亦即保險缺口結束。並不是每個人都會進入保險缺口。

根據本計劃，您可能會為以下項目支付更少的費用：

第 3 級 (首選品牌) - 特定胰島素藥物

如需更多關於保險缺口中的分攤費用資訊，請致電我們或存取您的線上保險證明。

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購買的藥物) 達到 **\$7,400** 後，您將支付高於以下的費用：

- 費用的 **5%**，或
- 非品牌藥物 (包括視為非品牌藥物的品牌藥物) 的共付額為 **\$4.15**，而所有其他藥物的共付額為 **\$10.35**

 **額外的福利**

	網路內	網路外
Medicare 承保的足部照護 (足病學)	共付額 \$30	共付額 \$60
Medicare 承保的脊椎矯正服務	共付額 \$20	費用的 40%
醫療設備/用品		
耐用的醫療設備 (如輪椅或氧氣)	費用的 9%	費用的 15%
醫療用品	費用的 9%	費用的 15%
義肢 (義肢或支架)	費用的 9%	費用的 15%
糖尿病監測用品	費用的 9%	費用的 15%
復健服務		
職業治療及言語治療	共付額 \$40	費用的 40%
心臟康復治療	共付額 \$40	費用的 40%
肺康復治療 分攤費用可能會因服務和提供服務的場所而有所不同。	共付額 \$20	共付額 \$60 或費用的 40%
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	不在承保範圍內
專科醫生	共付額 \$30	不在承保範圍內
急需護理服務	共付額 \$0	不在承保範圍內
藥物濫用或行為健康服務	共付額 \$0	不在承保範圍內



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。

此章節為我們所承保的摘要。這裡不會列出所有我們承保的服務，或列出所有限制或除外狀況。《保險證明》(EOC) 中會提供完整保險與服務清單。請造訪 [Humana.com/medicare](https://www.humana.com/medicare) 以檢視 EOC 的副本或撥打 **1-800-833-2364**。

旅遊承保範圍

PPO 全國網路可為您提供全國網路內給付，因此您可以找任何接受計劃條款與條件的醫生看診。您將可輕鬆出行或將時間分配給多個地點。如需協助尋找網路內提供者，請造訪 [Humana.com](https://www.humana.com) 或聯絡 ID 卡背面的客戶服務。

Humana Well Dine® 膳食方案 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。

非處方 (OTC) 郵購 特定非處方 健康和保健產品享有每季 (3 個月) 最多 \$30 的福利給付金額。未使用的季度基金會延續至下一季，並於計劃年度結束時到期。

獎勵和激勵

Go365 by Humana® 獎勵和激勵方案，達成特定預防保健篩檢及健康活動。

SilverSneakers® 健身方案 基本健身中心會籍，包括健身課程。



選擇性補充保險福利

在投保時支付額外的每月保費，自訂您的承保範圍。您可以選擇以下選項，以協助建立您的 Medicare 計劃。

\$32.10

MyOption DEN478

承保網路內 (HumanaDental Medicare 網路) 和網路外牙醫提供的特定預防、基本及主要服務。繳納額外每月保費以獲得基本福利之外的這些額外福利。

Humana MyOption 選擇性補充保險福利 (OSB) 僅提供給特定的 Humana Medicare 優勢 (MA) 計劃會員。提供 OSB 的 Humana 計劃會員整年都可以投保 OSB。保險福利可能於每年 1 月 1 日變更。若《保險證明》(EOC) 有明確規定，投保人必須透過網路內提供者獲得特定的選擇性補充保險福利 (OSB)；若無明確規定，投保人則可以支付較高的費用，透過網路外提供者獲得承保的服務。投保人必須繼續支付 Medicare B 部分保費、Humana 計劃保費以及 OSB 保費。



進一步瞭解



您可以在我們的網站 humana.com/finder/search 上查看計劃的**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，我們會寄一份名錄給您。



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

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。

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。

除非在緊急情況下，否則網路外/非簽約提供者沒有義務要為 Humana 會員提供治療。請撥打我們的客戶服務電話號碼或查看您的《保險證明》以取得更多資訊，包括適用於網路外服務的分攤費用。

Humana

2023

選擇性補充保險福利

HumanaChoice H5525-055 (PPO)

舊金山

Humana.

我的福利，我的選擇

為您的計劃增添額外保險福利

您是獨一無二的，因此也有獨特需求。這是 Humana 提供選擇性補充保險福利 (OSB) 的原因。透過額外的每月保費，您可以自訂 Humana Medicare 優勢計劃方案。

這本手冊中的資訊，說明可在您的計劃中增加的福利。您可以在登記參加您的 Medicare 優勢計劃時新增這些額外的福利。您也可以向 Medicare 的開放投保期間於 12 月 7 日結束後，聯絡您的代理，或撥打 1-888-413-7026 致電 OSB 銷售人員，以便新增這些福利。OSB 銷售時間為當地時間上午 8 點至晚上 8 點，10 月 1 日至 3 月 31 日 (一週七天) 及 4 月 1 日至 9 月 30 日 (週一至週五)。

MyOption (DEN478)

本牙科方案承保特定預防、基本與主要牙科服務。您可以選擇這項額外的福利，加入到 Medicare 優勢計劃。不過，您必須額外支付每月保費。

在本方案中，您可以接受網路內或網路外牙醫的診療。如果您接受網路外牙醫服務，您所承擔的費用可能較高。

每月費用

每月保費 **\$32.10**

保險資訊

最高計劃福利
(合併網路內和網路外) 每個日曆年 **\$2,000**

免賠額 每個日曆年 **\$0**

您可能會獲取下列牙科服務：

針對非 Medicare 承保的預防和綜合牙科服務，計劃每年最高承保 **\$2,000** 津貼。您必須負擔任何超出牙科承保範圍上限的金額。任何未使用的金額都會在年底到期。

您的福利可用於大多數牙科治療，例如：

- 預防牙科服務，例如檢查、例行洗牙等。
- 基本牙科服務，例如補牙、拔牙等。
- 主要牙科服務，例如牙周潔治、牙冠、假牙、根管治療、牙橋等。

備註：此津貼不得用於美容服務和植牙。

*網路內牙醫已同意以協商後費率提供服務。如果您去看網路內牙醫，將不會收取您高於該費率的費用。網路外牙醫未同意以合約費率提供服務。從網路外獲得的福利受網路內福利的上限、限制及/或排除情況所規範。網路外提供者可能會向您收取任何超出 Humana 所支付給提供者的金額。如需查詢器指示，請參閱下方說明。

選擇性補充保險福利 (續)

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。牙科福利不一定涵蓋所有美國牙科協會的處置碼。有關每個計劃的資訊，請造訪 [Humana.com/sb](https://www.humana.com/sb)。

Humana 選擇性補充保險福利是透過 Humana 牙科 Medicare 網路所提供。提供者查詢器可透過下列方式找到：**Humana.com > 「尋找醫生」 > 從功能表中選擇「牙醫師」圖示 > 在「距離」下拉式清單中選擇可接受的距離 > 輸入郵遞區號 > 從查詢方式選擇「所有牙科網路」 > 然後選擇「HumanaDental Medicare」。**

Humana 是一項與 Medicare 簽約的 Medicare 優勢 PPO 計劃。登記投保這項 Humana 計劃的資格視續約情況而定。Humana MyOption 選擇性補充保險福利 (OSB) 僅提供給特定的 Humana Medicare 優勢 (MA) 計劃會員。提供 OSB 的 Humana 計劃會員整年都可以投保 OSB。保險福利可能於每年 1 月 1 日變更。若《保險證明》(EOC) 有明確規定，投保人必須透過網路內提供者獲得特定的選擇性補充保險福利 (OSB)；若無明確規定，投保人則可以支付較高的費用，透過網路外提供者獲得承保的服務。投保人必須繼續支付 Medicare B 部分保費、Humana 保費以及 OSB 保費。

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 panggagamot. 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。

HumanaChoice H5525-055 (PPO)

H5525055000 CHT

舊金山

