2023

年度變更通知

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

紐約市
紐約市特定郡縣

Humana®

感謝您成為 Humana 會員

我們深信協助您獲得最大福祉的最簡單方式，就是為您做對的事。這意味著超越您的預期。我們稱之為人文關懷，這也是數百萬*民眾選擇 Humana (惠安納) 做為其 Medicare (聯邦醫療保險) 優勢計劃的原因之一。

希望您願意繼續投保您目前的 Humana 計劃。若您願意，則不需採取任何行動；本計劃將在 2023 年 1 月 1 日自動續約。

規劃 2023 年聯邦醫療保險年度選擇期

查看您的計劃有哪些變動。檢閱本年度變更通知 (ANOC) 文件，瞭解您醫療承保範圍、處方藥保險、網路內藥房，以及如保費、共付額、免賠額和共保額等費用的變更。

本手冊並未包含您的所有福利。ANOC 僅顯示計劃的變動之處，並未列出計劃的完整福利清單。 自 10 月 15 日起，您可至 **Humana.com/PlanDocuments** 查看您的 2023 年保險證明 (EOC) 以取得完整清單。 請參閱封底以取得更多指示。

保留您目前的 Humana 會員卡。對於要繼續投保其目前 Humana Medicare 計劃的會員，Humana 不會在每個計劃年度核發新會員卡。您只會在卡片資訊變更，或是您為 2023 年選擇不同計劃時收到新會員卡。

自 2023 年 1 月 1 日起，您的 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 會變得更簡單，因為您的藥物給付在所有網路內零售藥房都一樣。這表示不管您在哪裡購買處方藥，只要是網路內零售藥房，皆享有相同的分攤費用。

* 2021 Humana Inc. 年度報告 2022 年 2 月 17 日

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 計劃由 Humana Health Company of New York, Inc. 提供

2023 年度變更通知

您目前是 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 計劃的投保會員。計劃費用和福利將在明年有所調整。***請參閱第 6 頁的重要費用摘要，包括保費。***

本文件說明您計劃的變更。如需有關費用、福利或規則的更多資訊，請檢閱位於我們網站 **Humana.com/PlanDocuments** 上的*保險證明*。您也可以致電客戶服務部，要求我們將*保險證明*寄送給您。

現在該怎麼做

1.詢問：哪些變更適用於您

☐ 請查看我們的福利和費用變更，以確認是否會對您造成影響。

- 檢閱醫療照護費用的變更 (醫師、醫院)。
- 檢閱我們藥物保險的變更，包括授權規定和費用。
- 思考您將花費在保費、免賠額和分攤費用上的金額。

☐ 請查看 2023 年藥物指南的變更，確保您目前所服用的藥物仍在承保範圍內。

☐ 請檢查以確認您的初級保健醫生、專科醫生、醫院和其他提供者 (包括藥房) 明年是否會屬於我們的網路。

☐ 請考慮您對我們的計劃是否滿意。

2.比較：瞭解其他計劃選擇

☐ 請查看您所在區域的計劃承保範圍和費用。使用位於 www.medicare.gov/plan-compare 網站上的 Medicare 計劃尋找器，或檢閱*《2023 年聯邦醫療保險與您》*手冊後頁的清單。

☐ 在您將選擇範圍縮小到首選計劃後，請在計劃網站上確認您的費用和承保範圍。

3.選擇：決定是否要變更您的計劃

- 如果您未在 2022 年 12 月 7 日前加入另一個計劃，您將會投保 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)。
- 若要**變更為不同的計劃**，您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間切換計劃。您的新承保範圍將從 **2023 年 1 月 1 日**開始。這將會結束您對 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的登記投保。
- 請參閱第 2.2 節，進一步瞭解您的選擇。
- 如果您最近剛搬進機構、目前住在機構或剛搬出機構 (例如專業護理設施或長期護理醫院)，您可以隨時轉換計劃或轉換到原有的 Medicare (包含或不包含獨立的 Medicare 處方藥計劃)。

額外資源

- 本文件免費提供西班牙文版。
- 請撥打我們的客戶服務專線 1-800-457-4708 以瞭解詳情。(TTY 使用者請致電 711)。從 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，辦公時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點；從 4 月 1 日至 9 月 30 日，辦公時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

OMB Approval 0938-1051 (到期日：2024 年 2 月 29 日)

- 此資訊有不同的格式可供選擇，包括點字、大字印刷和音訊。如果您需要其他格式的計劃資訊，請撥上述電話號碼致電客戶服務部。
- **本計劃的承保範圍，符合合格健康承保 (QHC) 的條件**，並滿足患者保護與可負擔醫療法案 (ACA) 的個人分攤責任要求。如需更多資訊，請造訪國稅局 (IRS) 網站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families。

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

- Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 是簽訂 Medicare 合約和紐約州 Medicaid (醫療補助) 方案 合約的一項協調護理計劃。登記投保這項 Humana 計劃的資格視續約情況而定。本項計劃也與紐約州 Medicaid 方案簽訂書面合約，整合協調您的 Medicaid 福利。
- 本文件中提及的「我們」或「我們的」是指 Humana Health Company of New York, Inc.；而「計劃」或「我們的計劃」則是指 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)。

H3533_ANOC_MAPD_HMO_034001_2023_M

2023 *年度變更通知*
目錄

2023 年重要費用摘要 **6**

第 1 節 明年福利和費用的變更 **9**

第 1.1 節 - 每月保費的變更 9

第 1.2 節 - 您的最大自付費用的變更 9

第 1.3 節 - 提供者和藥房網路的變更 9

第 1.4 節 - 醫療服務福利和費用的變更 10

第 1.5 節 - D 部分處方藥保險的變更 13

第 2 節 決定選擇哪一項計劃 **15**

第 2.1 節 - 如果您想繼續投保 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 15

第 2.2 節 - 如果您想更換計劃 16

第 3 節 更換計劃 **16**

第 4 節 提供聯邦醫療保險和 Medicaid 免費輔導的方案 **17**

第 5 節 協助支付處方藥的方案 **17**

第 6 節 問題？ **18**

第 6.1 節 - 獲得 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的幫助 18

第 6.2 節 - 獲得聯邦醫療保險的幫助 18

第 6.3 節 - 獲得 Medicaid 的幫助 18

附錄 A 州機構聯絡資訊 **19**

列出您所在州各種有用資源的名稱、地址、電話號碼和其他聯絡資訊。

2023 年重要費用摘要

下表針對幾個重要領域，比較 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 在 2022 年和 2023 年的費用。**請注意，這只是費用摘要。**

費用	2022 (今年)	2023 (明年)
	網路內	網路內
每月計劃保費* * 您的保費可能會比這個金額更高或更低。請參閱第 1.1 節以瞭解詳情。	**$0 或最多 $38.90**	**$0 或最多 $38.90**
免賠額	**$0**	**$0**
最大自付費用 這是您為承保的 A 部分和 B 部分服務所支付的最高自付費用。(請參閱第 1.2 節以瞭解詳情。)	**$3,450** 對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需支付超出最大自付費用的任何自付費用。	**$8,300** 對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需支付超出最大自付費用的任何自付費用。
醫生診所就診	初級保健醫生就診： 每次就診共付額為 **$0** 專科醫生就診： 每次就診共付額為 **$0**	初級保健醫生就診： 每次就診共付額為 **$0** 專科醫生就診： 每次就診共付額為 **$0**
住院治療	每次住院共付額 **$0**	每次住院共付額 **$0**

費用	2022 (今年)	2023 (明年)
	網路內	**網路內**
D 部分處方藥保險 (請參閱第 1.5 節以瞭解詳情。)	不提供 **$0 Rx 共付額福利**。 免賠額：**$480** 初始保險階段期間的共付額/共保額： 由提供首選分攤費用的**零售藥房**提供 30 天供應量： • 第一級藥物：**$8** • 第二級藥物：**$20** • 第三級藥物：**$47** • 第四級藥物：**$100** • 第五級藥物：**25%**	如果您符合「額外補助」的資格，則適用 **$0 Rx 共付額福利**。您將會支付以下費用： 免賠額：**$0** 初始保險階段的共付額： 在**零售和郵購藥房**分攤費用方面： • 第一級藥物：**$0** • 第二級藥物：**$0** • 第三級藥物：**$0** • 第四級藥物：**$0** • 第五級藥物：**$0** 分攤費用適用於 30 和 90 天的供應量。第五級藥物僅限提供 30 天的供應量。 如果您**不符合**「額外幫助」的資格，則**不**適用 **$0 Rx 共付額福利**。您將會支付以下費用： 免賠額：**$505** 由提供首選分攤費用的**零售藥房**提供 30 天供應量： • 不適用，請參閱下方由提供標準分攤費用的零售藥房提供 30 天供應量。

費用	2022 (今年)	2023 (明年)
	網路內	網路內
	由提供標準分攤費用的**零售藥房**提供 30 天供應量： • 第一級藥物：**$10** • 第二級藥物：**$20** • 第三級藥物：**$47** • 第四級藥物：**$100** • 第五級藥物：**25%**	由提供標準分攤費用的**零售藥房**提供 30 天供應量： • 所有藥物等級：**25%**
	由提供首選分攤費用的**郵購藥房**提供 90 天供應量： • 第一級藥物：**$0** • 第二級藥物：**$0** • 第三級藥物：**$131** • 第四級藥物：**$290** • 第五級藥物：不適用	由提供首選分攤費用的**郵購藥房**提供 90 天供應量： 不適用
	由提供標準分攤費用的**郵購藥房**提供 90 天供應量： • 第一級藥物：**$30** • 第二級藥物：**$60** • 第三級藥物：**$141** • 第四級藥物：**$300** • 第五級藥物：不適用	由提供標準分攤費用的**郵購藥房**提供 90 天供應量： • 所有藥物等級：**25%**

第 1 節 明年福利和費用的變更

第 1.1 節 - 每月保費的變更

費用	2022 (今年)	2023 (明年)
每月保費 (您也必須繼續支付 Medicare B 部分保費，除非 B 部分保費由紐約州衛生部 (SDOH) (Medicaid) 為您支付)。	**$0 或最多 $38.90**	**$0 或最多 $38.90**

第 1.2 節 - 您的最大自付費用的變更

Medicare 規定所有健康計劃都必須限制您在一年當中支付多少「自付費用」。此限額稱為「最大自付費用」。一旦您達到此金額，通常在本年度結束以前就不需要再為承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。

費用	2022 (今年)	2023 (明年)
	網路內	**網路內**
最大自付費用 **由於我們的會員也從紐約州衛生部 (SDOH) (Medicaid) 取得協助，所以極少會員曾達到此自付額上限。** 對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需支付超出最大自付費用的任何自付費用。 您的承保醫療服務費用 (例如共付額) 將會計入您的最大自付費用。您的計劃保費和您的處方藥費用不計入您的最大自付費用。	**$3,450**	**$8,300** 一旦您為承保的 A 部分和 B 部分服務支付了 **$8,300** 自付費用，您在日曆年結束以前都不需要為承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。

第 1.3 節 - 提供者和藥房網路的變更

我們的網站 **Humana.com/PlanDocuments** 上有更新版名錄。您也可以致電客戶服務部索取更新版提供者及/或藥房資訊，或要求我們寄給您一份名錄。

我們的提供者網路明年會有所改變。**請審閱 2023 年*提供者名錄*以確定您的提供者 (初級保健提供者、專科醫生、醫院等) 是否屬於我們的網路。**

我們的藥房網路明年會有所改變。**請審閱 2023 年*提供者名錄*以確定哪些藥房在我們的網路內。**

請務必瞭解，我們可能會在一年當中變更您計劃中的醫院、醫生和專科醫生 (提供者) 及藥房。如果我們提供者的年中變化對您造成影響，請聯絡客戶服務部，我們可以提供協助。

第 1.4 節 - 醫療服務福利和費用的變更

請注意，*年度變更通知*會告訴您關於 Medicare 福利和費用的變更。

我們明年將會改變某些醫療服務的費用及福利。以下資訊說明這些改變。

於 2023 年，在鄉村醫療診所、聯邦合格醫療診所及重症醫院獲得的服務，可能採用初級保健醫生或專科醫生共付額或共保額 (如適用)。

費用	**2022** (今年)	**2023** (明年)
	網路內	**網路內**
免賠額排除情況	原有的 Medicare 不承保的服務、A 部分服務 (IP、專業護理和家庭健康)、Medicare 承保的預防服務、救護車和急診室服務、在急需護理中心接受的急需服務、糖尿病監測用品、向網路內零售藥房購買的 B 部分藥物，以及 COVID-19 檢測與治療都不算在網路內 B 部分免賠額之內。	原有的 Medicare 不承保的服務、A 部分服務 (IP、專業護理和家庭保健)、Medicare 承保的預防服務、救護車和急診室服務、在急需護理中心接受的「急需治療」、糖尿病監測用品、化療藥物及投予和 Medicare B 部分承保藥物都不算在網路內 B 部分免賠額之內。
$0 Rx 共付額福利	不在承保範圍內	Medicare 承保的 D 部分處方藥在所有等級和所有階段的共付額都是 **$0。** 若要符合資格，會員必須具備「額外幫助」資格。 如需關於承保的藥物詳細資訊，請參閱藥物指南。 如需有關此*福利*的其他詳細資料，請參閱 本文件中 *D 部分處方藥保險的變更*。

費用	**2022** (今年)	**2023** (明年)
	網路內	**網路內**
COVID-19 檢測和治療 • COVID19- 檢測	**$0** 共付額 如果您在 Medicaid 下，符合 Medicare 分攤費用協助的資格，您支付的共付額金額為 **$0**。	分攤費用可能適用，承保範圍與類似的診斷檢測相同
• COVID19- 治療	**$0** 共付額 如果您在 Medicaid 下，符合 Medicare 分攤費用協助的資格，您支付的共付額金額為 **$0**。	分攤費用可能適用，承保範圍與類似的治療相同
• 確診 COVID19- 的餐點	承保	不在承保範圍內
健康食品卡	健康食品卡每月津貼金額 **$50**，可供會員在參與計劃的零售商店購買經認可的健康食品。	詳情請參閱本圖表中的 **「Healthy Options 津貼」**一節。
HMO 旅遊保險福利	不在承保範圍內	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。
居家醫院服務：設施機構轉診	不在承保範圍內	提供居家急症等級照護，使用由急診部門轉診的 30 天照護模式。會員必須在 30 天照護區間內至急診部門就診。在您經過評估、確定符合資格，而且您的提供者為您轉診後，即開始護理。
Humana Healthy Options 津貼	不在承保範圍內	**$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

費用	**2022** (今年)	**2023** (明年)
	網路內	**網路內**
		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。 請參閱本圖表中的**「Humana 支出 帳戶卡」**一節，以取得更多資訊。
非處方 (OTC) 津貼	非處方 (OTC) 預付卡享有每季 (3 個月) 最多 **$400** 的福利給付金額，可用於在特約零售商處購買符合資格的 OTC 健康及保健產品。 未使用的金額會在季度結束時到期。	詳情請參閱本圖表中的**「Healthy Options 津貼」**一節。
個人緊急應變系統	承保	不在承保範圍內
個人居家照護 (PHC)	承保	不在承保範圍內
戒菸方案	承保	不在承保範圍內
視力保健 • 例行視力服務：	**VIS733** 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 **$300**。鏡片選項可能享有每年最多 1 副的福利給付金額。	**VIS735** 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。	最高福利給付金額的上限為每年使用一次。

費用	**2022** (今年)	**2023** (明年)
	網路內	**網路內**
假髮 (與化療相關)	承保	不在承保範圍內
Humana 消費帳戶卡片 *列出的津貼將會儲值到一張單一預付卡。津貼金額無法合併使用。可透過這張卡片使用顯示的津貼。* *在津貼已使用後**仍請保留此卡片**，因為未來津貼將會儲值至此卡片。*	不適用	您的卡片津貼包括： • Humana Healthy Options 津貼

第 1.5 節 - D 部分處方藥保險的變更

我們的藥物指南的變更

我們的承保藥物名單稱為處方列表或「藥物指南」。我們會以電子方式提供藥物指南的副本。藥物指南包括許多 (*但並非全部*) 我們明年將會承保的藥物。如果您沒有在名單中找到您的藥物，並不表示它就沒有獲得承保。您可以致電客戶服務 (請參閱手冊封底) 或造訪我們的網站 (**Humana.com/PlanDocuments**) 以**獲得完整的藥物指南**。

我們修改了藥物指南，包括對我們所承保的藥物以及對適用於我們的特定藥物承保範圍的限制變更。**請審閱藥物指南以確定您的藥物明年將獲得承保，並且瞭解是否有任何限制。**

「藥物指南」的變更多半發生在每年年初。不過，我們也可能在一年之中進行聯邦醫療保險法規所允許的其他變更。例如，我們可以立即移除 FDA 認定不安全的藥物，或由產品製造商從市場召回的藥物。我們會更新線上藥物指南以提供最新的藥物清單。

如果您在年初或年中因藥物承保範圍變更而受到影響，請查閱您的保險證明第 9 章，並與您的醫生討論以瞭解您的選擇，例如請求臨時供應、申請例外通融及/或尋找新藥物。您也可以聯絡客戶服務部以瞭解詳情。

處方藥費用的變更

備註：如果您目前參與協助您支付藥物費用的方案 (「額外幫助」)，**則關於 D 部分處方藥費用的資訊不適用於您。**

有四種「藥物付款階段」。

以下資訊說明對前兩個階段 (即年度免賠額階段和初始保險階段) 的變更。(大多數會員不會達到另外兩個階段，即保險缺口階段或重大傷病保險階段。)

對免賠額階段所做的變更

階段	**2022** (今年)	**2023** (明年)
第一階段：年度免賠額階段 在這個階段，**您會全額支付藥物費用**，直到您達到年度免賠額為止。	免賠額為 **$480。** 在這個階段，您會為第一級藥物支付 **$8** 分攤費用，為第二級藥物支付 **$20** 分攤費用，為第三級、第四級和第五級藥物支付全額費用，直到您達到年度免賠額為止。 根據您獲得的「額外幫助」等級，您的免賠額金額會是 **$0** 或 **$99。**	如果您符合「額外幫助」資格，您處方列表中所有 Medicare D 部分承保處方藥 (涵蓋所有等級) 的免賠額為 **$0**。 在這個階段，您會為第一級、第二級、第三級、第四級和第五級藥物支付 **$0** 分攤費用。 如果您**不符合**進行「額外幫助」的資格 免賠額為 **$505。**

對您在初始保險階段的分攤費用所做的變更

階段	**2022** (今年)	**2023** (明年)
第二階段：初始保險階段 支付年度免賠額後，便會進入「初始保險階段」。在這個階段，計劃與您共同分攤藥物費用，而**您也需要支付部分費用。** 這幾行是您在網路內藥房購配一個月 (最多 30 天) 處方藥供應量時的費用。請參閱*保險證明*第 6 章第 5 節，關於長期藥物供應或郵購處方的費用資訊。	您在零售網路內藥房購配一個月 (最多 30 日) 供應量的費用：	如果您符合「額外幫助」資格，您為處方列表中所有 Medicare D 部分承保處方藥 (涵蓋所有等級) 支付的費用為 **$0**。 如果您**不符合**「額外幫助」資格，則您在網路內藥房購買一個月 (最多 30 天) 供應量的費用如下：
2022 年，您為首選非品牌藥物等級的藥物支付「**$10** 共付額」。2023 年，您將為此等級的藥物支付「**25%** 共保額」。	**首選非品牌：** *標準分攤費用*：您對每個處方支付 **$10**。 *首選分攤費用*：您對每個處方支付 **$8**。	**首選非品牌：** *零售 (標準) 分攤費用*：您對每個處方支付 **25%**。
2022 年，您為非品牌等級的藥物支付「**$20** 共付額」。2023 年，您將為此等級的藥物支付「**25%** 共保額」。	**非品牌：** *標準分攤費用*：您對每個處方支付 **$20**。 *首選分攤費用*：您對每個處方支付 **$20**。	**非品牌：** *零售 (標準) 分攤費用*：您對每個處方支付 **25%**。
2022 年，您為首選品牌藥物等級的藥物支付「**$47** 共付額」。2023 年，您將為此等級的藥物支付「**25%** 共保額」。	**首選品牌：** *標準分攤費用*：您對每個處方支付 **$47**。 *首選分攤費用*：您對每個處方支付 **$47**。	**首選品牌：** *零售 (標準) 分攤費用：*您對每個處方支付 **25%**。

階段	**2022** (今年)	**2023** (明年)
2022 年，您為非首選藥物等級的藥物支付「**$100** 共付額」。2023 年，您將為此等級的藥物支付「**25%** 共保額」。	**非首選藥物：** *標準分攤費用*：您對每個處方支付 **$100**。 *首選分攤費用*：您對每個處方支付 **$100**。	**非首選藥物：** *零售 (標準) 分攤費用：*您對每個處方支付 **25%**。
	專門等級： *標準分攤費用*：您對每個處方支付 **25%**。 *首選分攤費用*：您對每個處方支付 **25%**。	**專門等級：** *零售 (標準) 分攤費用：*您對每個處方支付 **25%**。
	一旦您的藥物費用總額達到 **$4,430**，您就會進入下一個階段 (保險缺口階段)。	一旦您的藥物費用總額達到 **$4,660**，您就會進入下一個階段 (保險缺口階段)。

關於您為疫苗所支付費用的重要資訊 - 我們的計劃承保大部分 D 部分疫苗，即使您未支付免賠額，也無須支付任何費用。請致電客戶服務部以瞭解詳情。

關於您為胰島素所支付費用的重要資訊 - 有關我們的計劃承保的每項 D 部分胰島素產品，不論其屬於哪一種分攤費用等級，即使您未支付免賠額，您針對一個月 (最多 30 天) 供應量所支付的費用將不會超過 $35。請參閱您的處方藥指南，以瞭解您的計劃承保的所有 D 部分胰島素。若要瞭解有關費用、福利或規定的更多資訊，請到我們的網站 **Humana.com/PlanDocuments** 審閱*保險證明*。

針對 VBID D 部分福利所做的變更

您將無需為所有 Medicare D 部分處方藥 (涵蓋所有等級和階段) 支付任何費用。若要符合資格，會員必須具備「額外幫助」資格。

第 2 節 決定選擇哪一項計劃

第 2.1 節 - 如果您想繼續投保 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)

您不需要採取任何行動便可繼續投保我們的計劃。如果您沒有在 12 月 7 日以前登記投保其他計劃或更換為原有的 Medicare，您將會自動投保我們的 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)。

第 2.2 節 - 如果您想更換計劃

我們希望您明年還是我們的會員，不過如果您希望在 2023 年更換計劃，請遵循這些步驟：

步驟 1：瞭解並比較您的選擇

- 您可以加入不同的聯邦醫療保險健康計劃，
- -- *或者*-- 您可以更換為原有的 Medicare。 如果您更換為原有的 Medicare，您需要決定是否加入 Medicare 藥物計劃。

如要詳細瞭解原有的 Medicare 和不同類型的 Medicare 計劃，請使用 Medicare 計劃尋找器 (www.medicare.gov/plan-compare)、參閱 *《2023 年 Medicare 與您》手冊*、致電您的州健康保險協助方案 (請參閱第 4 節)，或致電 Medicare (請參閱第 6.2 節)。

步驟 2：更換您的保險

- 若要**更換為不同的 Medicare 健康計劃**，請投保新的計劃。您將會自動從 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 計劃退保。
- 若要**更換為附帶處方藥計劃之原有的 Medicare**，請投保新的藥物計劃。您將會自動從 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 計劃退保。
- 若要**更換為不附帶處方藥計劃之原有的 Medicare，**您必須：
  - 寄送書面退保要求給我們，或造訪我們的網站以在線上辦理退保。如需深入瞭解如何進行，請聯絡客戶服務部。
  - – *或者* – 您也可以每週 7 天、每天 24 小時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare** 要求退保。 TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

如果您更換為原有的 Medicare，而且**沒有**投保一項獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可以為您投保一項藥物計劃，除非您已經決定退出自動登記投保。

第 3 節 更換計劃

如果您明年想更換至不同計劃或原有的 Medicare ，可以在 **10 月 15 日至 12 月 7 日**期間進行。變更將於 2023 年 1 月 1 日生效。

一年當中還有其他時間可以更換計劃嗎？

在某些情況下，也允許在一年當中的其他時間作出改變。範例包括擁有 Medicaid 者、獲得「額外幫助」支付其藥費者、擁有或正要離開雇主保險者，以及搬離服務區域者。

如果您已投保 2023 年 1 月 1 日開始的 Medicare 優勢計劃，且不滿意您的計劃選擇，您可以在 2023 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間更換至另一項 Medicare 健康計劃 (包含或不包含 Medicare 處方藥保險)，或更換至原有的 Medicare (包含或不包含 Medicare 處方藥保險)。

如果您最近剛搬入、目前住在或剛搬離機構 (例如專業護理機構或長期護理醫院)，您可以**隨時**變更您的 Medicare 保險。您可以隨時變更為任何其他 Medicare 健康計劃 (包含或不包含 Medicare 處方藥保險)，或更換至原有的 Medicare (包含或不包含 Medicare 處方藥計劃)。

第 4 節 提供 Medicare 和 Medicaid 免費輔導的方案

州健康保險協助方案 (SHIP) 是一項獨立政府方案，在各州有受過培訓的顧問。

這是由聯邦政府撥款的一項州方案，為 Medicare 會員提供**免費**的當地健康保險諮詢。州健康保險協助方案 (SHIP) 顧問可以幫助您解決 Medicare 相關的問題或困難。他們可以協助您瞭解您的 Medicare 計劃選擇，並且回答關於更換計劃的問題。您可撥打本文件後頁「附錄 A」所列的號碼，聯絡您的州健康保險協助方案。

如有關於紐約州衛生部 (SDOH) (Medicaid) 福利的問題，請聯絡紐約州衛生部 (SDOH) (Medicaid)。詢問加入另一個計劃或回到原有的 Medicare 將會如何影響您的紐約州衛生部 (SDOH) (Medicaid) 給付。您可撥打本文件後頁「附錄 A」所列的號碼，聯絡您的紐約州衛生部 (SDOH) (Medicaid)。

第 5 節 協助支付處方藥的方案

您可能符合獲得協助支付處方藥的條件。我們在下方列出各種協助方式：

- **聯邦醫療保險的「額外幫助」。**因為您擁有紐約州衛生部 (SDOH) (Medicaid)，故您已投保「額外幫助」，也稱為低收入補貼。「額外幫助」會支付您的部分處方藥保費、年度免賠額和共保額。因為您符合資格，您將不會有保險缺口或推遲入保罰金。如果您對「額外幫助」有疑問，請致電：
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可每週 7 天、每天 24 小時隨時致電 1-877-486-2048；
  - 請於週一至週五上午 8 時至晚上 7 時致電 1-800-772-1213 聯絡社會安全局代表。自動化留言 24 小時全年無休。TTY 使用者請致電 1-800-325-0778，或
  - 您的州 Medicaid 辦事處 (申請專用)。
- **您的州立藥物協助計劃所提供之協助。**許多州都設有州立藥物協助計劃 (SPAP)，根據財務需要、年齡或醫療病症，幫助某些人支付處方藥費用。若要進一步瞭解此方案，請諮詢您的州健康保險協助方案。
- **HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用協助。**愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 協助確保符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者能夠獲得拯救生命的 HIV 藥物。個人必須符合特定標準；包括您居住州的證明和 HIV 狀況、由該州界定為低收入，以及無保險/保險不足的情況。亦由 ADAP 承保的 Medicare D 部分處方藥物符合資格，可透過 ADAP 方案取得處方分攤費用協助。如需瞭解符合資格條件、承保的藥物或如何投保本計劃，請致電 ADAP 計劃 (此組織的名稱和電話號碼列於本文件後頁的「附錄 A」)。

第 6 節 問題？

第 6.1 節 - 獲得 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的幫助

問題？我們隨時準備為您提供幫助。請致電客戶服務：1-800-457-4708。(TTY 請致電 711。)從 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，我們每週 7 天，上午 8 時至晚上 8 時接聽來電；從 4 月 1 日至 9 月 30 日，接聽來電時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。此為免費服務電話。

請閱讀您的 2023 年*保險證明*(其中含有關於明年福利和費用的詳細資料)

本*年度變更通知*為您提供 2023 年福利與費用變更摘要。詳細內容請參閱 2023 年 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) *保險證明*。*保險證明*是有關您計劃福利的合法詳細說明。其中解釋您的權利和您獲得承保服務和處方藥所需要遵守的規定。*保險證明*副本位於我們的網站 **Humana.com/PlanDocuments**。您也可以致電客戶服務部，要求我們將*保險證明*寄送給您。

造訪我們的網站

您也可以造訪我們的網站：**Humana.com/PlanDocuments**。在此提醒您，我們的網站針對我們的提供者網路 (*提供者名錄*) 和承保藥物名單 (處方列表/藥物指南) 提供最新資訊。

第 6.2 節 - 獲得聯邦醫療保險的幫助

直接從 Medicare 處獲得資訊：

請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您每週 7 天、每天 24 小時皆可隨時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

造訪聯邦醫療保險網站

造訪 Medicare 的網站 (www.medicare.gov)。其中含有費用、承保範圍和品質星級評等之類有助於您比較 Medicare 健康計劃的相關資訊。若要查看計劃相關資訊，請前往 www.medicare.gov/plan-compare。

參閱《*2023 年 Medicare 與您*》

請參閱《*2023 年 Medicare 與您*》手冊。每年秋季，我們會將本手冊寄給擁有 Medicare 的會員。其中含有 Medicare 福利摘要、權利和保護，以及關於 Medicare 的大多數常見問答的解答。如果您沒有收到本文件，可以登入 Medicare 的網站 (https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 或者每週 7 天、每天 24 小時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份副本。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

第 6.3 節 - 獲得 Medicaid 的幫助

如需獲得 Medicaid 的資訊，您可撥打本文件後頁「附錄 A」所列的號碼，聯絡您的紐約州衛生部 (SDOH) (Medicaid)。

附錄 A – 州級機構聯絡資訊

本節提供本年度變更通知中提及之各州機構的聯絡資訊。如果您找不到所需的資訊，請致電本手冊封底所印的電話號碼與客戶服務部聯絡。

紐約州	
SHIP 名稱和聯絡資訊	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP) 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 1-800-701-0501 (免付費電話) https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance
品質改進組織	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-866-815-5440 1-866-868-2289 (TTY) 1-833-868-4056 (傳真) https://livantaqio.com/
州 Medicaid 辦事處	New York State Department of Health (SDOH) (Medicaid) Office of Medicaid Management 800 North Pearl Street Albany, NY 12204 1-800-541-2831 (免付費電話) 1-518-473-3782 (當地電話) http://www.omig.ny.gov
州立藥物協助方案	New York State Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) EPIC P.O.Box 15018 Albany, NY 12212-5018 1-800-332-3742 (免付費電話) http://www.health.state.ny.us/nysdoh/epic/faq.htm
愛滋病藥物協助計劃	New York AIDS Drug Assistance Program HIV Uninsured Care Programs Empire Station P.O.Box 2052 Albany, NY 12220 1-800-542-2437 http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap

隱私做法通知
關於您的個人健康資訊

本公告說明如何使用和公開您的醫療資訊，以及您如何能獲得這些資訊。請仔細閱讀。

您的個人及健康資訊的隱私至關重要。除非您提出要求或投訴，否則您無須做任何事情。

我們可能在不牴觸法律的情況下，隨時更改我們的隱私條例和本公告條款。包括我們在作出變更之前所建立或接收的資訊。當我們對隱私條例作出重大變更時，將更改本公告，並發送給健保計劃的會員。

什麼是個人和健康資訊？
個人和健康資訊包括醫療資訊和個人資訊，例如您的姓名、地址、電話號碼或社會安全號碼。本公告中的「資訊」一詞包含任何個人和健康資訊。這包括由醫療保健服務提供者或健保計劃所建立或取得的資訊。與您生理或心理健康或狀況有關的資訊、提供給您的醫療保健服務或該醫療保健的付款等資訊。

我們如何保護您的資訊？
我們有責任保護您資訊的隱私，無論是以電子、書面和口頭資訊等任何形式。我們已經制定預防措施，以各種方式保護您的資料：
- 對可獲得您資訊的人設限
- 對使用或公開您資訊的方式設限
- 告知涉及您資訊的我方法律職責
- 就我們的隱私權計劃和流程對員工進行培訓

我們如何使用和公開您的資訊？
在以下情況下我們使用和公開您的資訊：
- 向您或擁有合法權利以您的名義行事的人，使用和公開您的資訊
- 對衛生和人類服務部部長使用和公開您的資訊

我們有權在下列情況使用和公開您的資訊：
- 對醫生、醫院或其他醫療保健服務提供者提供和公開您的資訊，以便您能夠接受醫療照護。
- 用於付款交易，包括針對醫療保健服務提供者提供給您的承保的服務支付索賠款項，以及支付健康計劃的保費。
- 用於醫療保健營運活動。包括處理您的登記投保、回應您的查詢、協調您的護理、提高品質以及決定保費。
- 用於進行承保活動。不過，我們不會使用基因測試的任何結果，或詢問關於家族病史的問題。
- 給您的計劃贊助商，使其能夠履行計劃管理職能，比如資格認定、登記投保和退保活動。在特定情況下，我們會與您的計劃贊助商分享您的健康資訊概要。例如，讓您的計劃贊助商取得其他健保計劃的投標。您的詳細健康資訊不會提供給計劃保險商。我們會要求您的許可，或您的計劃贊助商可證明他們同意維護您資訊的隱私。
- 我們會就您可能感興趣的健康相關福利及服務、預約提醒或治療替代方法與您聯絡。如果您已如下所述選擇退出，我們將不會聯絡您。
- 如果我們無法與您溝通，例如在急診時，我們會與您的家人和朋友聯絡。提供給您的親友或其他任何您認識的人。如果該資訊直接涉及您的醫療照護或該照護付款相關者，則適用此規定。例如，如果一個家庭成員或看護者來電諮詢索賠問題，我們會確認索賠是否已經收到以及給付。
- 提供付款資訊給會員做為提交給國稅局的證據。
- 如果我們認為會員的健康或安全存在嚴重威脅，我們將與公共衛生機構聯絡。
- 對於虐待、忽視或家庭暴力等問題，我們會與相關部門聯絡。
- 為了回應法院或行政命令、傳票、檢查要求或其他合法程序。
- 為了遵循法律執行、軍事規定和其他法律規定。
- 為了協助災難救助工作。
- 為了合規方案和健康監督活動。
- 為了履行我們根據工傷賠償法律或合約條款的義務。
- 為了避免對您和他人的健康或安全造成嚴重或即將發生的威脅。
- 在有限情況下作為研究用途。

- 涉及器官、眼睛或組織的取得、儲存或移植事宜。
- 涉及驗屍官、法醫或葬禮主管。

我們是否會將您的資訊用於本公告描述用途以外的目的？
未經您的書面許可，我們不會基於本聲明所述原因以外的目的使用或揭露您的資訊。您可以隨時以書面形式通知我們取消您的許可。
以下用途和揭露需要您的書面許可：
- 大多數心理治療筆記的使用和公開
- 行銷目的
- 出售個人和健康資訊

當您不再是我們的會員，我們如何處理您的資訊？
您的資訊可能會繼續用於本公告所述之用途。這包括當您未透過我們取得保險時。超過法律規定的保留期之後，我們將會遵循嚴格的保密程序銷毀您的資訊。

我對我的資訊擁有哪些權利？
我們致力於對您的權利請求作出及時的回覆
- 存取 - 若您的資訊可能被用來做出與您相關的決定，則您有權檢視並獲得此類資訊的副本。您也會收到此項健康資訊的摘要。如果您要求副本，我們可能會向您收取費用，以支付複印所需的勞力、建立副本的用品 (紙本或電子文件)，以及郵資。
- 不利承保決定 - 如果我們拒絕您的保險申請，您有權得知拒絕理由。
- 替代通訊 - 為了避免危及生命的情況，您有權以不同的形式或在其他地點接收資訊。如果您的要求合情合理，我們就會滿足您的要求。
- 修訂 - 您有權透過修改或刪除要求更正此個人資訊。在收到您的書面要求後 30 個營業日內，我們會通知您有爭議的資訊之修改或刪除，或是我們在進一步調查後拒絕進行此類修正。如果我們拒絕修改或刪除爭議中的資訊，您有權向我們提交書面聲明，說明您不同意我們對爭議資訊的評估，以及您所認為的正確資訊。我們應讓任何及所有審查爭議資訊的對象都能存取此類聲明。*
- 揭露 - 您有權收到我們或我們業務夥伴公開您資訊的場合和具體實例清單。這不適用於治療、付款、健保計劃營運及特定其他活動。我們將保存資訊並為您提供資訊六年。如果您在 12 個月以內不只一次要求這份清單，我們可能會按成本向您收取合理的費用。
- 公告 - 您有權在任何時間要求並獲得本公告的書面副本。
- 限制 - 您有權要求限制資訊的使用或揭露方式。我們沒有義務同意限制，但如果我們同意限制，我們將遵守我們的協議。您也有權同意接受或終止先前提交的限制。

我可以選擇退出向我提出的哪類通訊？
- 預約提醒
- 其他的治療方法或其他與健康有關的福利或服務
- 籌款活動

我如何行使自己的權利，或取得本公告的副本？
您可以透過取得適用的申請表行使您所有的隱私權。您可以透過以下方式取得表格：
- 致電 1-866-861-2762 聯絡我們
- 造訪我們的網站 **Humana.com**，點選「隱私慣例」連結
- 將填妥的申請表寄到：
  Humana Inc.
  Privacy Office 003/10911
  101 E. Main Street
  Louisville, KY 40202

* 此權利根據麻薩諸塞州相關規定僅適用於麻州居民。

如果我認為我的隱私受到侵犯，我該怎麼辦？
如果您認為您的隱私受到侵犯，可以隨時致電 1-866-861-2762 向我們提出投訴。

您也可以向美國衛生和人類服務部民權辦公室 (OCR) 提交書面投訴。我們會根據要求為您提供合適的民權辦公室地址。您也可以將投訴以電子郵件方式傳送至 OCRComplaint@hhs.gov。如果您選擇提出投訴，您的福利不會受到影響，我們也不會以任何方式對您施以懲罰或報復。

我們支持您保護您個人健康資訊隱私的權利。

我們遵循保護個人和健康資訊的所有聯邦和州法律、法規和規章制度。當聯邦和各州的法律、法規和規章制度相牴觸時，我們會遵循保護範圍較廣的法律、法規以及規章制度保護。

法律要求我們遵守目前生效的本公告條款。

如果我的資訊被不當使用或揭露的話，會發生什麼事？
我們依法必須提供每個人，我們關於個人與健康資訊的法律責任與隱私條例的公告。如果發生不安全的個人與健康資訊外洩情事，我們會及時通知您。

以下關係企業和子公司也會遵循我們的隱私權計劃和程序：

Arcadian Health Plan, Inc.
CarePlus Health Plans, Inc.
Cariten Health Plan, Inc.
CHA HMO, Inc.
CompBenefits Company
CompBenefits Dental, Inc.
CompBenefits Insurance Company
DentiCare, Inc.
Emphesys Insurance Company
HumanaDental Insurance Company
Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.
Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.
Humana Benefit Plan of Texas, Inc.
Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.
Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.
Humana Health Company of New York, Inc.
Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.
Humana Health Plan of California, Inc.
Humana Health Plan of Ohio, Inc.
Humana Health Plan of Texas, Inc.
Humana Health Plan, Inc.
Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky
Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.
Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.
Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.
Humana Regional Health Plan, Inc.
Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation
Go365 by Humana for Healthy Horizons
Managed Care Indemnity, Inc.
The Dental Concern, Inc.

2013 年 9 月生效

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、性別、性取向、性向、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 及其附屬機構的歧視，可以透過各種方式獲得協助。

- 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**，**TTY** 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 (TDD)**。您可以在 **https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html** 取得投訴表格。
- **加州居民：**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 (TTY：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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. 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 답해 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ございます。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。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

只需點按即可獲得您所需的資訊



這些會員文件可為您提供更多計劃承保範圍相關資訊：

- 保險證明：有關您整體計劃的詳細資訊，包括福利和費用
- 藥物名單：您的計劃承保的藥物名單
- 提供者名錄：您的計劃網路內提供者名單

從 2022 年 10 月 15 日起，您可以在 **Humana.com/PlanDocuments** 檢視這些 2023 年計劃文件。您可以在此看到計劃的最新資訊。透過這種簡單的搜尋方式，您可以快速找到所需資訊。

我們隨時準備為您服務。如果您需要幫助使用這些線上工具，請撥打 Humana 會員卡背面的電話號碼以取得協助。

若要透過郵件取得這些文件的紙本，請利用上述網站於線上提出您的要求，或撥打 **800-457-4708 (TTY：711)**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。來電時請備妥您的 Humana 會員卡。當對方詢問致電原因時，請說「Evidence of Coverage」(保險證明)、「Drug List」(藥物名單) 和/或「Provider Directory」(提供者名錄)。可能需要兩週的時間，才能以郵件方式收到文件。

Humana Inc.
PO Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

H3533034001ANOCCH23

您的聯邦醫療保險優先計劃和處方藥計劃變更相關
重要資訊

請參閱內文

以下是將於 2023 年 1 月
1 日生效之 **Humana Gold**
Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 摘要。

Humana®

Humana.com
1-800-457-4708 (TTY：711)