

# 福利摘要

---

**HumanaChoice®**  
**R5826-074 (Regional PPO)**

區域 9  
佛羅里達州

我們的服務區域包括下列郡縣：佛羅里達州。

**Humana®**



# 福利摘要

---

**HumanaChoice®**

**R5826-074 (Regional PPO)**

區域 9

佛羅里達州

我們的服務區域包括下列郡縣：佛羅里達州。

**Humana®**





讓我們來認識一下

## HumanaChoice® R5826-074 (Regional PPO)

請參閱這本容易使用的指南以進一步瞭解有關 HumanaChoice R5826-074 (Regional PPO) 計劃 – 包括其承保的醫療保健和藥物服務。

HumanaChoice R5826-074 (Regional PPO) 是一項與聯邦醫療保險簽約的聯邦醫療保險優先 PPO 保健計劃。投保這項 Humana 計劃的資格視續約情況而定。

本福利摘要為您概述我們的承保範圍以及您應支付的費用。其中並沒有列出我們所承保的每一項服務，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》，否則您在投保之後也會收到一份。

### 符合資格

您必須有權獲得聯邦醫療保險 A 部分並且已投保聯邦醫療保險 B 部分，而且居住在服務區域內，才能投保 HumanaChoice R5826-074 (Regional PPO) 計劃。

### 計劃名稱：

HumanaChoice R5826-074 (Regional PPO)

### 如何與我們聯絡：

如果您是本計劃會員，請撥免費電話：  
**1-800-457-4708 (聽障專線：711)。**

如果您不是本計劃會員，請撥免費電話：  
**1-800-457-4708 (聽障專線：711)。**

### 10 月 1 日至 2 月 14 日：

請每週 7 天，每天上午 8 時至晚上 8 時來電。

### 2 月 15 日至 9 月 30 日：

請於週一至週五上午 8 時至晚上 8 時來電。晚上 8 時來電。

或造訪我們的網站：

**Humana.com/medicare。**

您身為計劃會員，必須選擇一名網路內醫生擔任您的初級保健提供者 (PCP)。HumanaChoice R5826-074 (Regional PPO) 擁有一個由醫生、醫院、藥房和其他提供者所組成的網路。如果您使用我們網路外的提供者，您可能需要支付較多共付額/共保額。



### 健康的合作夥伴關係

更充分地利用 Humana 提供的額外服務和資源，讓您的計劃物超所值！

本文件可以提供如盲文和大字本等其他格式。

請注意：如果您不會說英語，我們可以為您提供免費的語言協助服務。請撥 1-800-833-2364 與持照 Humana 銷售代理聯絡 (聽障專線：711)。ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Contact a licensed Humana sales agent at 1-800-833-2364 (TTY: 711).

## 每月保費、扣除額和限額

	網路內	網路外
<b>計劃費用</b>		
<b>每月保費</b>	<b>\$0</b>	
您必須繼續繳納您的聯邦醫療保險 B 部分保費。		
<b>醫療開支扣除額</b>	結合網路內和網路外共計 <b>\$975</b> 在網路內提供者處獲得的所有服務都不算在合併扣除額之內。 原有聯邦醫療保險不承保的服務、救護車服務、急診室服務、在緊急治療中心接受的「緊急治療」以及在網路外提供者處獲得的免疫接種（流感和肺炎）也都不算在合併扣除額之內。	結合網路內和網路外共計 <b>\$975</b> 在網路內提供者處獲得的所有服務都不算在合併扣除額之內。 原有聯邦醫療保險不承保的服務、救護車服務、急診室服務、在緊急治療中心接受的「緊急治療」以及在網路外提供者處獲得的免疫接種（流感和肺炎）也都不算在合併扣除額之內。
<b>藥房（D 部分）扣除額</b>	<b>\$405</b> ，僅適用於第三級/第四級/第五級。	
<b>自付額上限</b>	網路內為 <b>\$6,700</b>	結合網路內和網路外共計 <b>\$10,000</b>
您一年當中支付的共付額、共保額及其他醫療服務費用的最大金額。	結合網路內和網路外共計 <b>\$10,000</b>	

## 承保的醫療和住院福利

	網路內	網路外
<b>急症住院醫療照護</b>	第 1-4 天每天共付額 <b>\$450</b> 第 5-90 天每天共付額 <b>\$0</b> 我們的計劃承保的住院期沒有天數限制。	第 1-27 天每天共付額 <b>\$495</b> 第 28-90 天每天共付額 <b>\$0</b>
<b>門診醫院保險</b>		
在門診醫院接受手術	共付額 <b>\$390</b>	費用的 <b>50%</b>
在門診手術中心接受門診手術	共付額 <b>\$350</b>	費用的 <b>50%</b>
<b>醫生診所就診</b>		
初級保健提供者 (PCP)	共付額 <b>\$20</b>	共付額 <b>\$60</b>
專科醫生	共付額 <b>\$50</b>	共付額 <b>\$60</b>

您不需要轉診即可獲得提供者的承保服務。某些療程、服務或藥物可能需要您提前獲得計劃批准。這稱為「事先授權」或「預先授權」。請聯絡您的初級保健提供者(PCP) 或參考保險證明 (EOC) 以瞭解需要計劃事先授權的服務。

 承保的醫療和住院福利（續）

預防保健	網路內	網路外
	<p>本計劃免費承保多項由網路內提供者提供的預防服務，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 腹部主動脈瘤篩檢</li> <li>• 酒精濫用諮詢</li> <li>• 骨質密度檢測</li> <li>• 乳癌篩檢（乳房 X 光檢查）</li> <li>• 心血管疾病（行為療法）</li> <li>• 心血管疾病篩檢</li> <li>• 子宮頸癌和陰道癌篩檢</li> <li>• 大腸癌篩檢（結腸鏡檢查、大便隱血檢驗、軟式乙狀結腸鏡檢查）</li> <li>• 憂鬱症篩檢</li> <li>• 糖尿病篩檢</li> <li>• 愛滋病 (HIV) 篩檢</li> <li>• 醫學營養治療服務</li> <li>• 肥胖篩檢和諮詢</li> <li>• 前列腺（攝護腺）癌篩檢 (PSA)</li> <li>• 性傳播疾病篩檢與諮詢</li> <li>• 戒除煙草使用諮詢（為沒有煙害相關疾病跡象的人進行輔導）</li> <li>• 疫苗注射，包括流感預防針、B 型肝炎疫苗、肺炎球菌疫苗</li> <li>• 「Welcome to Medicare」預防就診（單次）</li> <li>• 年度健康檢查</li> <li>• 肺癌篩檢</li> <li>• 例行體檢</li> </ul> <p>將會承保聯邦醫療保險在簽約年批准的任何額外的預防服務。</p>	<p>視提供的服務和接受服務的場所而定，\$0 或費用的 50%</p>

您不需要轉診即可獲得提供者的承保服務。某些療程、服務或藥物可能需要您提前獲得計劃批准。這稱為「事先授權」或「預先授權」。請聯絡您的初級保健提供者(PCP) 或參考保險證明 (EOC) 以瞭解需要計劃事先授權的服務。

## 承保的醫療和住院福利 (續)

	網路內	網路外
<b>急診治療</b>		
<b>急診室</b>	共付額 <b>\$80</b>	共付額 <b>\$80</b>
如果您在 24 小時以內住進醫院，您不需要針對急診治療支付分攤費用。		
<b>緊急治療就診</b>	緊急治療中心就診共付額為 <b>\$50</b>	緊急治療中心就診費用的 <b>50%</b>
緊急治療服務是指在非急診情況下為需要立刻得到醫治，而且無法預知的疾病、受傷或病症所提供的醫療服務。		
<b>門診治療以及診斷服務、化驗室和成像</b>		
視提供的服務和接受服務的場所而定，分攤費用可能有所不同		
<b>乳房 X 光診斷檢查</b>	共付額為 <b>\$50 到 \$290</b>	<b>\$60 或費用的 50%</b>
<b>診斷放射科</b>	共付額為 <b>\$200 到 \$350</b>	<b>\$200 到 \$275 共付額或費用的 50%</b>
<b>化驗室服務</b>	共付額為 <b>\$0 到 \$290</b>	<b>\$60 或費用的 50%</b>
<b>診斷檢驗和程序</b>	共付額為 <b>\$0 到 \$290</b>	<b>\$60 或費用的 50%</b>
<b>門診 X 光檢查</b>	共付額為 <b>\$20 到 \$290</b>	<b>\$60 或費用的 50%</b>
<b>放射治療</b>	<b>\$50 或費用的 20%</b>	<b>\$60 或費用的 50%</b>
<b>聽力服務</b>		
<b>聯邦醫療保險承保的聽力服務</b>	共付額 <b>\$50</b>	共付額 <b>\$60</b>
<b>牙科服務</b>		
<b>聯邦醫療保險承保的牙科服務</b>	共付額 <b>\$50</b>	共付額 <b>\$60</b>
<b>視力服務</b>		
<b>聯邦醫療保險承保的視力服務</b>	共付額 <b>\$50</b>	共付額 <b>\$60</b>
<b>糖尿病眼科檢查</b>	共付額 <b>\$0</b>	共付額 <b>\$60</b>
<b>青光眼篩檢</b>	共付額 <b>\$0</b>	費用的 <b>50%</b>
<b>眼鏡 (白內障手術後)</b>	共付額 <b>\$0</b>	共付額 <b>\$0</b>
<b>例行視力服務</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 每年最多 1 次屈光檢查，例行檢查每年保險福利金額上限為 <b>\$75</b>。</li> <li>• 隱形眼鏡或普通眼鏡鏡片和鏡框 (包括配鏡) 的每年保險福利金額上限為 <b>\$100</b>。普通眼鏡包括紫外線防護和防刮塗層。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 每年最多 1 次屈光檢查，例行檢查每年保險福利金額上限為 <b>\$75</b>。</li> <li>• 隱形眼鏡或普通眼鏡鏡片和鏡框 (包括配鏡) 的每年保險福利金額上限為 <b>\$100</b>。普通眼鏡包括紫外線防護和防刮塗層。</li> <li>• 在網路外接受的福利受到任何網路內福利上限、限額和/或排除情況的限制。</li> </ul>

您不需要轉診即可獲得提供者的承保服務。某些療程、服務或藥物可能需要您提前獲得計劃批准。這稱為「事先授權」或「預先授權」。請聯絡您的初級保健提供者(PCP) 或參考保險證明(EOC) 以瞭解需要計劃事先授權的服務。

 承保的醫療和住院福利（續）

	網路內	網路外
<b>精神健康服務</b>		
<b>住院</b> 您的計劃承保終生最多 190 天 在精神病醫院的住院精神健康 照護	第 1-4 天每天共付額 <b>\$390</b> 第 5-90 天每天共付額 <b>\$0</b>	第 1-27 天每天共付額 <b>\$495</b> 第 28-90 天每天共付額 <b>\$0</b>
<b>門診團體和個人治療就診</b> 視接受服務的場所而定，分攤 費用可能有所不同。	共付額為 <b>\$40 到 \$290</b>	<b>\$60 或費用的 50%</b>
<b>專業護理設施 (SNF)</b>		
您的計劃承保最多 100 天在 SNF 的照護	第 1-20 天每天共付額 <b>\$0</b> 第 21-100 天每天共付額 <b>\$167</b>	第 1-58 天每天共付額 <b>\$250</b> 第 59-100 天每天共付額 <b>\$0</b>
<b>物理治療</b>		
視提供的服務和接受服務的場所 而定，分攤費用可能有所不同。	共付額為 <b>\$10 到 \$40</b>	<b>\$60 或費用的 50%</b>
<b>救護車</b>		
<b>救護車（地面）</b>	每個服務日 <b>\$265</b>	每個服務日 <b>\$265</b>
<b>交通服務</b>		
	不承保	不承保

您不需要轉診即可獲得提供者的承保服務。某些療程、服務或藥物可能需要您提前獲得計劃批准。這稱為「事先授權」或「預先授權」。請聯絡您的初級保健提供者(PCP) 或參考保險證明(EOC) 以瞭解需要計劃事先授權的服務。

## 處方藥福利

### 聯邦醫療保險 B 部分藥物

化療藥物	費用的 <b>20%</b>	費用的 <b>50%</b>
其他 B 部分藥物	費用的 <b>20%</b>	費用的 <b>20%</b>

### 處方藥

藥房 (D 部分) 扣除額

**\$405**，僅適用於第三級/第四級/第五級。

初始承保 (在您支付您的扣除額之後，如適用)

您支付以下金額，直到年度藥物費用總額達到 **\$3,750**。年度藥物費用總額是指您和我們的計劃共同支付的藥物費用總額。

	優選零售藥房	標準零售藥房	優選郵購藥房	標準郵購藥房
<b>30 天藥量</b>				
第一級：優選非品牌	共付額 <b>\$9</b>	共付額 <b>\$10</b>	共付額 <b>\$9</b>	共付額 <b>\$10</b>
第二級：非品牌	共付額 <b>\$20</b>	共付額 <b>\$20</b>	共付額 <b>\$20</b>	共付額 <b>\$20</b>
第三級：優選品牌	共付額 <b>\$47</b>	共付額 <b>\$47</b>	共付額 <b>\$47</b>	共付額 <b>\$47</b>
第四級：非優選藥物	共付額 <b>\$100</b>	共付額 <b>\$100</b>	共付額 <b>\$100</b>	共付額 <b>\$100</b>
第五級：專門藥物	費用的 <b>25%</b>	費用的 <b>25%</b>	費用的 <b>25%</b>	費用的 <b>25%</b>
<b>90 天藥量</b>				
第一級：優選非品牌	共付額 <b>\$27</b>	共付額 <b>\$30</b>	共付額 <b>\$0</b>	共付額 <b>\$30</b>
第二級：非品牌	共付額 <b>\$60</b>	共付額 <b>\$60</b>	共付額 <b>\$0</b>	共付額 <b>\$60</b>
第三級：優選品牌	共付額 <b>\$141</b>	共付額 <b>\$141</b>	共付額 <b>\$131</b>	共付額 <b>\$141</b>
第四級：非優選藥物	共付額 <b>\$300</b>	共付額 <b>\$300</b>	共付額 <b>\$290</b>	共付額 <b>\$300</b>

專門藥物僅限於 30 天的藥量。

如果您進入 D 部分保險福利的下一個階段且有資格獲得「額外幫助」，分攤費用可能會根據您所選擇的藥房而有所不同。如需確定您是否有資格獲得「額外幫助」，請於週一至週五，上午 7 時至晚上 7 時撥 1-800-772-1213 致電社會安全局。聽障人士請撥 1-800-325-0778。如需具體藥房的額外分攤費用及福利階段資訊，請致電給我們或上網存取我們的《保險證明》。

如果您住在長期照護設施，您支付在標準零售藥房一樣的費用。

您可以向網路外藥房購買藥物，但是您的費用可能會比在網路內藥房更高。

### 藥物供應天數

除非另行說明，否則您可以獲得 D 部分藥物以下天數的藥量：

- 一個月藥量 (最多 30 天) \*
- 兩個月藥量 (31-60 天)
- 三個月藥量 (61-90 天)

\*長期護理藥房 (一個月藥量 = 31 天)

## 保險缺口

在您進入保險缺口之後，您針對承保的品牌藥物支付計劃費用的 **35%** 以及計劃所承保的非品牌藥物成本的 **44%**，直到您的費用總額達到 **\$5,000**，也就是保險缺口的結束。並不是每個人都會進入保險缺口。

## 重大傷病保險

在您的年度自付藥物費用（包括透過您的零售藥房和透過郵購所購買的藥物）達到 **\$5,000** 之後，您支付以下兩者其中較高的金額：

- 費用的 **5%**，或者
- 非品牌藥物（包括視為非品牌藥物的品牌藥物）共付額為 **\$3.35** 和所有其他藥物共付額為 **\$8.35**

## 額外保險福利

	網路內	網路外
聯邦醫療保險承保的足部保健	共付額 <b>\$50</b>	共付額 <b>\$60</b>
<b>醫療設備／用品</b>		
耐用醫療設備（如輪椅或氧氣）	費用的 <b>20%</b>	費用的 <b>30%</b>
醫療用品	費用的 <b>20%</b>	費用的 <b>25%</b>
義肢（義肢或支架）	費用的 <b>20%</b>	費用的 <b>25%</b>
糖尿病監測用品	<b>\$0</b> 或費用的 <b>20%</b>	費用的 <b>50%</b>
視接受服務的場所而定，分攤費用可能有所不同。		
<b>復健服務</b>		
物理治療、職業治療及語言治療	共付額為 <b>\$10</b> 到 <b>\$40</b>	<b>\$60</b> 或費用的 <b>50%</b>
視提供的服務和接受服務的場所而定，分攤費用可能有所不同。		
心臟復健服務	共付額 <b>\$50</b>	<b>\$60</b> 或費用的 <b>50%</b>
視提供的服務和接受服務的場所而定，分攤費用可能有所不同。		
肺部復健服務	共付額 <b>\$30</b>	<b>\$60</b> 或費用的 <b>50%</b>
視提供的服務和接受服務的場所而定，分攤費用可能有所不同。		



## 您計劃中的更多福利

享受您的計劃中包含的這些額外福利。

### 旅遊保險

身為 HumanaChoice (PPO) 的會員，您可以使用 Humana 的全美醫療保健服務提供者網路（並非所有郡縣都有提供）。如果您要前往 HumanaChoice (PPO) 的另一個服務區域，可在連續多達 12 個月以內接受 Humana 網路內醫療保健提供者為您提供網路內福利。當您去看參與計劃的提供者接受預防保健、專科醫生照護和住院治療等非急診服務時，需要支付網路內共付額或共保額。如果您需要幫助尋找網路內的提供者，請造訪 [Humana.com](http://Humana.com) 或撥打您會員卡背面的電話號碼與客戶服務部聯絡。

### HumanaFirst 護士諮詢專線

由註冊護士每週 7 天、每天 24 小時提供保健建議。

### Go365™ by Humana

完成預防保健篩檢以及健康和養生活動，即可獲得獎勵。



## 瞭解詳情



您可以在我們的網站 [www.humana.com/members/tools](http://www.humana.com/members/tools) 上查看我們計劃的**提供者和藥房名錄**，或者撥打本手冊開頭所列的電話號碼向我們索取。



您可以在我們的網站 [www.humana.com/medicare/medicare\\_prescription\\_drugs/medicare\\_drug\\_tools/medicare\\_drug\\_list/](http://www.humana.com/medicare/medicare_prescription_drugs/medicare_drug_tools/medicare_drug_list/) 上查看我們計劃的**藥物處方集**，或者撥打本手冊開頭所列的電話號碼向我們索取。

本資訊並未全面說明計劃福利。請與計劃聯絡以瞭解詳情。可能存在限制和約束，或需要由您承擔共付額。保險福利、保費及/或會員分攤金額可能在每年的 1 月 1 日調變。您必須繼續繳納聯邦醫療保險 B 部分的保費。

請查閱您現有的《聯邦醫療保險與您》手冊以詳細瞭解原有聯邦醫療保險的承保範圍和費用。您也可以造訪 <http://www.medicare.gov> 網站，或每週 7 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。

提供者/藥房網路可能隨時改變。您將在必要的時候接獲通知。

除了在緊急情況下，網路外/非簽約提供者沒有義務治療 Humana 會員。對於我們是否將承保網路外服務的決定，我們鼓勵您或您的提供者在您接受服務之前要求我們提供服務前組織決定。請撥打我們的客戶服務電話或查看您的保險證明中的詳細資訊，包括適用於網路外服務的分攤費用。







## 歧視是違法的

**Humana Inc. 及其附屬機構**遵守適用的聯邦民權法，並且不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視任何人。Humana Inc. 及其附屬機構不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而排斥任何人或以不同的方式對待他們。

**Humana Inc. 及其附屬機構**提供如下服務：

- 當有需要提供輔助和服務以確保會員獲得平等的參與機會時，提供免費的輔助和服務，例如合格的手語翻譯員、遠端視訊口譯以及供殘障人士使用的其他格式書面資訊。
- 當有需要時，為主要語言不是英語的人士提供免費的語言服務，以提供有意義的溝通管道，例如翻譯文件或口譯服務。

如果您需要這些服務，請撥 1-800-281-6918（聽障人士請撥 711）。

如果您認為 Humana Inc. 及其附屬機構未能提供這些服務，或者因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而有所歧視，您可以提出申訴：

Discrimination Grievances  
P.O. Box 14618  
Lexington, KY 40512 - 4618

如果您需要幫助提出申訴，請撥 1-800-281-6918（聽障人士請撥 711）。

您也可以透過「民權辦公室投訴入口網站」：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 以電子方式向美國衛生和人類服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 民權辦事處 (Office for Civil Rights) 提出民權投訴，或者寄送郵件或撥電話至：

**U.S. Department of Health and Human Services**  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
**1-800-368-1019**（聽障專線 800-537-7697）

您可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得投訴表格。

# 多語種口譯服務

**English (ATTENTION):** If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**繁體中文 (Chinese):** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-281-6918 (TTY: 711)**。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-281-6918 (TTY: 711)** 번으로 전화해 주십시오.

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-281-6918 (телетайп: 711)**.

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**Français (French):** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-281-6918 (ATS : 711)**.

**Polski (Polish):** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**日本語 (Japanese):** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-281-6918 (TTY : 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

**فارسی (Farsi):**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. **1-800-281-6918 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

**Diné Bizaad (Navajo):** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojł' hódíłnih **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**العربية (Arabic):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-281-6918** (رقم هاتف الصم والبكم: 711).



HumanaChoice R5826-074 (Regional PPO)

R5826074000 CH

佛羅里達州

