

2022

年度變更通知

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

紐約市和長島
長島和紐約市內選定的郡縣

Humana®



感謝您成為 Humana 會員

我們認為協助您獲得最大福祉的最簡單方式，就是為您做對的事。這意味著超越您的期待。我們稱之為人性關懷，這也是數百萬* 民眾選擇 Humana 做為聯邦醫療保險計劃的原因之一。

我們希望您會繼續投保目前的 Humana 計劃。若您願意，則不需採取任何行動；本計劃將在 2022 年 1 月 1 日自動續約。

規劃 2022 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、扣除額和共保額等費用的變更。



請注意，本文件並未涵蓋您的所有福利。ANOC 著重於計劃的變動之處，並不包含計劃的完整福利清單。**您的計劃中仍有其他的寶貴福利，例如健康食品卡仍可持續使用。**請參閱您的 2022 年保險證明 (EOC) 以取得完整清單。自 10 月 15 日起，可至 **[Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)** 查閱。請參閱本文件後頁以取得更多指示。



保留您目前的 Humana 會員卡。對於要繼續投保其目前 Humana 聯邦醫療保險計劃的會員，Humana 不會在每個計劃年度核發新會員卡。您只會在部分計劃資訊有所不同時收到新會員卡，例如您的共付額、卡片資訊變更，或是您為 2022 年選擇了不同計劃。

2022 年度變更通知

您目前是 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-031 (HMO D-SNP) 計劃的投保會員。部分計劃費用和福利將在明年有所調整。本手冊將會說明這些變更。

現在該怎麼做

1. 詢問：哪些變更適用於您

☐ 查看我們的福利和費用變更，以確認是否會對您造成影響。

- 現在即審閱您的承保範圍以確認其符合您明年的需求，這一點非常重要。
- 變更是否影響您使用的服務？
- 請參閱第 2 節，瞭解我們的計劃福利和費用變更資訊。

☐ 查看本手冊中有關我們處方藥保險的變更，以確認是否會對您造成影響。

- 您使用的藥物是否獲得承保？
- 您的藥物是否屬於不同等級，且有不同的分攤費用？
- 您的藥物是否有新的限制，例如需要得到我們核准才能購配處方藥？
- 您能否繼續使用相同的藥房？使用此藥房是否會有費用上的變更？
- 請參閱 2022 年藥物指南第 2.6 節，瞭解我們承保藥物的變更資訊。
- 您的藥物費用可能自去年起已調漲。請與您的醫生討論是否有其他費用較低的替代方案，如此或能為您省下一年當中的年度自付費用。如需更多關於藥物價格的資訊，請造訪 [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices)，並按一下位於頁面底部第二個備註中央的「儀表板」連結。這些儀表板會特別註明哪些製造商已提高其價格，也會顯示其他的逐年藥物價格資訊。請記住，您的計劃福利將會決定您個人藥物費用的變更多寡。

☐ 查看以確認您的醫生和其他提供者明年是否仍屬於我們的網路。

- 您的醫生，包括您定期看診的專科醫生，是否在我們的網路內？
- 您使用的醫院或其他提供者呢？
- 請參閱第 2.3 節，取得我們的提供者名錄資訊。

☐ 考慮您的整體醫療保健費用。

- 您需要為您經常使用的服務和處方藥花費多少自付費用？
- 您需要花費多少保費及扣除額？
- 您的計劃費用總額與其他聯邦醫療保險的保險選項相比如何？

☐ 考慮您對我們的計劃是否滿意。

2. 比較：瞭解其他計劃選擇

☐ 查看您所在區域的計劃承保範圍和費用。

- 使用 www.medicare.gov/plan-compare 網站上，聯邦醫療保險計劃尋找器的個人化搜尋功能。
- 詳閱《2022 年聯邦醫療保險與您》手冊後頁的清單。
- 參閱第 4.2 節，進一步瞭解您的選擇。

☐ 在您將選擇範圍縮小到優選計劃後，請確認計劃網站上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 2021 年 12 月 7 日前加入另一個計劃，您將投保 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)。
- 若您想要**更換至不同計劃**以更加符合您的需求，您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間更換計劃。請參閱第 4.2 節，進一步瞭解您的選擇。

4. 投保：若要更換計劃，請在 **2021 年 10 月 15 日至 12 月 7 日**之間加入計劃

- 如果您未在 **2021 年 12 月 7 日**前加入另一個計劃，您將投保 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)。
- 如果您在 **2021 年 10 月 15 日至 12 月 7 日**之間加入另一個計劃，您的新保險將於 **2022 年 1 月 1 日**開始生效。您目前的計劃將會自動退保。

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。(聽障人士請致電 711。)從 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，辦公時間為每週 7 天，上午 8 時至晚上 8 時；從 4 月 1 日至 9 月 30 日，辦公時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
- 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) 是簽訂聯邦醫療保險合約和紐約州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醫療補助方案簽訂書面合約，整合協調您的醫療補助福利。
- 手冊中提及的「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)。

2022 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 2021 年和 2022 年的費用。請注意，這只是變更摘要。保險證明副本位於我們的網站 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)。您也可以致電客戶服務，要求我們將保險證明寄送給您。

費用	2021 (今年)	2022 (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 2.1 節以瞭解詳情。	\$0 或最多 \$40.30	\$0 或最多 \$38.90
扣除額	\$0	\$0
自付額上限 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 2.2 節以瞭解詳情。)	\$3,450 對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需支付超出自付額上限的任何自付費用。	\$3,450 對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需支付超出自付額上限的任何自付費用。
醫生診所就診	初級保健醫生就診： \$0 每次就診共付額 專科醫生就診： \$0 每次就診共付額	初級保健醫生就診： \$0 每次就診共付額 專科醫生就診： \$0 每次就診共付額
住院治療 包括住院急性就診、住院復健、長期照護醫院以及其他類型的醫院服務。住院護理始於您根據醫生醫囑正式入院的當天。您出院的前一天是您的最後住院日。	\$0 每次住院共付額	\$0 每次住院共付額

費用	2021 (今年)	2022 (明年)
	網路內	網路內
D 部分處方藥保險 (請參閱第 2.6 節以瞭解詳情。)	扣除額： \$435 初始保險階段期間的共付額/共保額： 由提供優選分攤費用的 零售藥房 提供 30 天供應量 • 第一級藥物：\$2 • 第二級藥物：\$20 • 第三級藥物：\$47 • 第四級藥物：\$100 • 第五級藥物：25%	扣除額： \$480 初始保險階段期間的共付額/共保額： 由提供優選分攤費用的 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%
	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 • 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%
	由提供優選分攤費用的 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	由提供優選分攤費用的 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

費用	2021 (今年)	2022 (明年)
	網路內	網路內
	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 • 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

2022 年度變更通知 目錄

2022 年重要費用摘要	5
第 1 節 除非您選擇另一個計劃，否則在 2022 年您將自動投保 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)	9
第 2 節 明年福利和費用的變更	9
第 2.1 節 - 每月保費的變更	9
第 2.2 節 - 您的自付額上限的變更	9
第 2.3 節 - 提供者網路的變更	10
第 2.4 節 - 藥房網路的變更	11
第 2.5 節 - 醫療服務福利和費用的變更	11
第 2.6 節 - D 部分處方藥保險的變更	13
第 3 節 行政變更	16
第 4 節 決定選擇哪一項計劃	16
第 4.1 節 - 如果您想繼續投保 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)	16
第 4.2 節 - 如果您想更換計劃	16
第 5 節 更換計劃	17
第 6 節 提供聯邦醫療保險和醫療補助免費輔導的方案	17
第 7 節 協助支付處方藥的方案	18
第 8 節 問題？	18
第 8.1 節 - 獲得 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的幫助	18
第 8.2 節 - 獲得聯邦醫療保險的幫助	19
第 8.3 節 - 獲得醫療補助的幫助	19
附錄 A - 州機構聯絡資訊	21
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。	

第 1 節 除非您選擇另一個計劃，否則在 2022 年您將自動投保 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)

2022 年 1 月 1 日，Humana Health Company of New York, Inc. 將把 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-031 (HMO D-SNP) 與我們的其中一個計劃 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 合併。

如果您在 2021 年未變更聯邦醫療保險承保範圍，我們將自動為您投保我們的 **Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)**。這表示從 2022 年 1 月 1 日起，您將透過 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 獲得醫療和處方藥保險。如果您願意，您可以變更為不同的聯邦醫療保險健康計劃。您也可以更換為原有聯邦醫療保險，並透過處方藥計劃獲得您的處方藥保險。如果您想更換，可在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間更換。變更將於 2022 年 1 月 1 日生效。

本文件中的資訊會告訴您目前在 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-031 (HMO D-SNP) 中的福利與作為 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 會員將自 2022 年 1 月 1 日起獲得的福利差異。

第 2 節 明年福利和費用的變更

第 2.1 節 - 每月保費的變更

費用	2021 (今年)	2022 (明年)
每月保費 (您也必須繼續支付聯邦醫療保險 B 部分保費，除非 B 部分保費由紐約州衛生署 (SDOH) (醫療補助) 為您支付。)	\$0 或最多 \$40.30	\$0 或最多 \$38.90

第 2.2 節 - 您的自付額上限的變更

為了保護您，聯邦醫療保險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「自付額上限」。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	2021 (今年)	2022 (明年)
	網路內	網路內
自付額上限 由於我們的會員也從紐約州衛生署 (SDOH) (醫療補助) 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，您無需支付超出自付額上限的任何自付費用。 您的承保醫療服務費用（例如共付額）將會計入您的自付額上限。您的計劃保費和您的處方藥費用不計入您的自付額上限。	\$3,450	\$3,450 一旦您為承保的 A 部分和 B 部分服務支付了 \$3,450 自付費用，您在該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 2.3 節 - 提供者網路的變更

我們的提供者網路明年會有所改變。更新的提供者名錄位於我們的網站 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)。您也可以致電客戶服務部索取更新的提供者資訊，或要求我們寄給您一份提供者名錄。請審閱 2022 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。

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)。有諸多原因可能使提供者退出您的計劃，但在醫生或專科醫生離開您的計劃時，您享有一定的權利及保障，這些權利及保障概括如下：

- 雖然我們的提供者網路在一年之間可能有所變化，但我們一定會為您提供合格醫生與專科醫生，服務不間斷。
- 我們會盡力在至少 30 天前發出通知，讓您得知您的提供者即將退出我們的計劃，從而有時選擇新的提供者。
- 我們將協助您選擇新的合格提供者，以繼續管理您的醫療保健需求。
- 若您正在接受醫療治療，您有權要求且我們將與您合作，以確保您醫療上必要的治療不會中斷。
- 如果您認為我們未能向您提供合格的提供者來代替先前的提供者，或未能適當管理您的照護，您有權對我們的決定提出上訴。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生將離開您的計劃，請聯絡我們，以便我們幫助您找到新的提供者來管理您的照護。

第 2.4 節 - 藥房網路的變更

您所支付的處方藥金額視您使用哪家藥房而定。聯邦醫療保險處方藥計劃有一個藥房網路。在大多數情況下，只有當您向網路內藥房購買處方藥時才可獲得承保。我們的網路包括提供優選分攤費用的藥房，針對部分藥物，可提供較其他網路內藥房提供之標準分攤費用更低的分攤費用。

我們的藥房網路明年會有所改變。更新的提供者名錄位於我們的網站 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)。您也可以致電客戶服務部索取更新的提供者資訊，或要求我們寄給您一份提供者名錄。請審閱 2022 年提供者名錄以確定哪些藥房在我們的網路內。

第 2.5 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聯邦醫療保險福利和費用的變更。

我們明年將會改變某些醫療服務的承保範圍。以下資訊說明這些改變。請參閱 2022 年保險證明第 4 章福利表 (承保範圍) 以瞭解這些服務的承保範圍和費用詳情。保險證明副本位於我們的網站 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)。您也可以致電客戶服務，要求我們將保險證明寄送給您。

於 2022 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)。

鴉片類治療計劃服務

具有鴉片使用疾患 (OUD) 的計劃會員若透過包含以下服務的鴉片治療方案 (OTP) 治療 OUD，則服務可獲得給付：

- 美國食品和藥物管理局 (FDA) 核准的鴉片致效劑及拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物。
- MAT 藥物的配藥和施用 (如適用)
- 藥物使用輔導
- 個人療法與團體療法
- 毒性測試
- 初步評估活動
- 定期評估

費用	2021 (今年)	2022 (明年)
	網路內	網路內
慢性下背部疼痛針灸	費用總額的 0% 獲授權之慢性下背部疼痛會員可就診 12 次，獲額外授權時最多可就診 20 次。 如果您在醫療補助下，符合聯邦醫療保險分攤費用協助的資格，您支付的共付額金額為 \$0 。	費用總額的 0% 獲授權之慢性下背部疼痛會員可就診 20 次。 如果您在醫療補助下，符合聯邦醫療保險分攤費用協助的資格，您支付的共付額金額為 \$0 。

費用	2021 (今年)	2022 (明年)
	網路內	網路內
牙科服務 • 牙科補充福利：	DEN175 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，共付額 \$0 。 每 5 年最多 1 套全口假牙、局部假牙，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，共付額 \$0 。 每年最多 1 次假牙調整、假牙墊底、口內 X 光、根管治療，共付額 \$0 。 每年最多 2 次汞合金及/或複合物補牙、牙冠、牙痛急診治療、氟化物治療、口腔手術、定期口腔檢查及/或急診診斷檢查、預防性治療 (洗牙)，共付額 \$0 。 每年最多 4 次牙周維持，共付額 \$0 。 每年不限次數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福利給付金額上限 \$1000 。	DEN338 每 3 年每個四分區最多 1 次潔治和根面平整 (深層洗牙)，共保額 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，共保額 0% 。 每 5 年最多 1 次環口 X 光或診斷 X 光檢查，共保額 0% 。 每年最多 1 組咬翼片 X 光檢查、口內 X 光檢查，共保額 0% 。 每年最多 1 次急診診斷檢查，共保額 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)，共保額 0% 。 每年最多 4 次牙周維持術，共保額 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，共保額 0% 。 預防和綜合保險福利每年福利給付金額上限 \$2000 。
健康必需品套件	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。	健康食品卡每月津貼金額 \$75 ，可供會員在參與計劃的零售商店購買經認可的健康食品。

費用	2021 (今年)	2022 (明年)
	網路內	網路內
聽力服務 • 聽力補充福利：	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。	HER045 每年最多 1 次驗配/評估、例行聽力檢查，共付額 \$0。 每年最多 2 個助聽器 (所有類型)，福利給付金額上限 \$2000。
交通	承保	不在承保範圍內

第 2.6 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集或「藥物指南」。我們會以電子方式提供藥物指南的副本。以電子方式提供的藥物指南包括許多 (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](https://www.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。

如果您受到藥物保險變更的影響，您可以：

- 與您的醫生 (或其他開立處方者) 合作並要求計劃破例承保藥物。
 - 請參閱保險證明第 9 章 (如果您遇到困難或希望投訴 (保險決定、上訴、投訴) 該怎麼做) 或致電客戶服務以瞭解必須怎麼做才能要求例外通融。
- 與您的醫生 (或開立處方者) 合作，尋找我們承保的其他藥物。您可以致電客戶服務部以索取治療相同病症的承保藥物名單。

在某些情況下，我們必須在計劃年度的最初 90 天或您成為會員的最初 90 天，承保非處方集藥物的臨時供應，以避免治療出現缺口。(請參閱保險證明第 5 章第 5.2 節，瞭解您何時可以獲得臨時藥物供應以及如何提出要求。) 在您使用臨時供應藥物的這段期間，應與醫生商討以決定在臨時供應用完之後該怎麼做。您可以改用計劃承保的另一種藥物，或要求計劃為您例外通融，承保您目前的藥物。

同時，您和您的醫生需要在您的臨時藥物供應用完之前決定該怎麼做。

- 也許你們能找到其他藥物，既屬於計劃承保範圍也對您具有同樣良好的療效。您可以致電客戶服務部以索取治療相同病症的承保藥物名單。這份名單可以幫助您的醫生找到對您可能有效的承保的藥物。
- 您和您的醫生可以要求計劃為您破例承保該種藥物。請參閱以電子方式提供的保險證明，瞭解您必須怎麼做才能要求例外通融。請參閱保險證明第 9 章 (如果您遇到困難或希望投訴 (保險決定、上訴、投訴) 該怎麼做)。

- **如果我們核准您的例外通融要求**，通常在該計劃年度結束之前核准都有效。下一個計劃年度則須提交新的處方集例外通融。請參閱保險證明第 9 章(如果您遇到困難或希望投訴(保險決定、上訴、投訴)該怎麼做)以瞭解必須怎麼做才能要求例外通融。

「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。

當我們在一年之中對藥物指南進行此類變更時，您仍然可以與醫生(或其他開立處方者)合作，要求我們破例承保某種藥物。我們也會繼續按計畫更新線上藥物指南，並提供其他必要資訊以反映藥物變更情況。(若要進一步瞭解我們可能會對藥物指南進行的變更，請參閱保險證明第 5 章第 6 節。)

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(「額外補助」)，關於 D 部分處方藥費用的資訊則不適用於您。我們會另外寄給您一份插頁，稱為「獲得額外補助支付處方藥者的保險證明附加條款」(也稱為「低收入補貼附加條款」或「LIS 附加條款」)，其中說明您的藥物費用資訊。由於您獲得「額外補助」，如果您沒有在 9 月 30 日前收到這張插頁，請致電客戶服務索取「LIS 附加條款」。

共有四種「藥物付款階段」。您支付多少 D 部分藥物費用視您所處的藥物付款階段而定。(請查閱保險證明第 6 章第 2 節以瞭解各個不同階段。)

以下資訊說明明年對前兩個階段(即年度扣除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。請查閱您的福利摘要或保險證明第 6 章第 6 節和第 7 節，以瞭解您在這些階段的費用資訊。)

對扣除額階段所做的變更

階段	2021 (今年)	2022 (明年)
第一階段：年度扣除額階段 在這個階段， 您會全額支付 第三級、第四級和第五級藥物的費用，直到您達到年度扣除額為止。	扣除額為 \$435 。 根據您獲得的「額外補助」等級，您的扣除額金額會是 \$0 或 \$92。(請查看獨立插頁的「LIS 附加條款」，以瞭解您的扣除額金額。)	扣除額為 \$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，直到您達到年度扣除額為止。 根據您獲得的「額外補助」等級，您的扣除額金額會是 \$0 或 \$99。(請查看獨立插頁的「LIS 附加條款」，以瞭解您的扣除額金額。)

對您在初始保險階段的分攤費用所做的變更

若要瞭解共付額和共保額的運作方式，請參閱保險證明第 6 章第 1.2 節承保的藥物自付費用類型。

階段	2021 (今年)	2022 (明年)
第二階段：初始保險階段 支付年度扣除額後，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，而您也需要支付分攤費用。 這一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，瞭解關於長期供應或郵購處方的費用資訊。 我們已改變藥物指南內某些藥物的等級。請查閱藥物指南以瞭解您的藥物是否屬於不同的等級。	您在網路內藥房購配一個月 (最多 30 日) 供應量的費用： 優選非品牌： 標準分攤費用：您對每張處方箋支付 \$10 。 優選分攤費用：您對每張處方箋支付 \$2 。 非品牌： 標準分攤費用：您對每張處方箋支付 \$20 。 優選分攤費用：您對每張處方箋支付 \$20 。 優選品牌： 標準分攤費用：您對每張處方箋支付 \$47 。 優選分攤費用：您對每張處方箋支付 \$47 。 非優選藥物： 標準分攤費用：您對每張處方箋支付 \$100 。 優選分攤費用：您對每張處方箋支付 \$100 。 專門藥物等級： 標準分攤費用：您對每張處方箋支付 25% 。 優選分攤費用：您對每張處方箋支付 25% 。 一旦您的藥物費用總額達到 \$4,130 ，您就會進入下一個階段 (保險缺口階段)。	您在網路內藥房購配一個月 (最多 30 日) 供應量的費用： 優選非品牌： 標準分攤費用：您對每張處方箋支付 \$10 。 優選分攤費用：您對每張處方箋支付 \$8 。 非品牌： 標準分攤費用：您對每張處方箋支付 \$20 。 優選分攤費用：您對每張處方箋支付 \$20 。 優選品牌： 標準分攤費用：您對每張處方箋支付 \$47 。 優選分攤費用：您對每張處方箋支付 \$47 。 非優選藥物： 標準分攤費用：您對每張處方箋支付 \$100 。 優選分攤費用：您對每張處方箋支付 \$100 。 專門藥物等級： 標準分攤費用：您對每張處方箋支付 25% 。 優選分攤費用：您對每張處方箋支付 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)。

保險缺口和重大傷病保險階段的變更

保險缺口和重大傷病保險階段是其他兩個針對藥費龐大的人士所提供的藥物保險階段。**大多數的會員不會達到這兩個階段。**

請參閱您的福利摘要或保險證明第 6 章第 6 節和第 7 節，以瞭解您在這些階段的費用資訊。

第 3 節 行政變更

費用	2021 (今年)	2022 (明年)
醫療視力保健福利 至專科醫生處進行醫療就診期間，聯邦醫療保險承保的眼球屈光檢查 如需其他詳細資料，請參閱保險證明	未承保屈光檢查	未承保屈光檢查
例行視力保健福利 強制性視力補充保險福利下的眼球屈光檢查 *備註：眼球屈光檢查若與例行視力檢查分開計費，將不予承保	例行視力檢查為包含有屈光檢查的眼睛檢查	屈光檢查僅在作為例行檢查的一部分計費時才承保*

第 4 節 決定選擇哪一項計劃

第 4.1 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聯邦醫療保險，您將會自動投保我們的 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)。

第 4.2 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 2022 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-- 您可以更換為原有聯邦醫療保險。如果您更換為原有聯邦醫療保險，您需要決定是否加入聯邦醫療保險藥物計劃。

如要詳細瞭解原有聯邦醫療保險和不同類型的聯邦醫療保險計劃，請參閱《2022 年聯邦醫療保險與您》手冊，或致電您的州健康保險協助方案 (請參閱第 6 節)，或致電聯邦醫療保險 (請參閱第 8.2 節)。

您也可以使用聯邦醫療保險網站上的聯邦醫療保險計劃尋找器來尋找關於您所在區域的計劃資訊。造訪 www.medicare.gov/plan-compare。您可以在這裡找到關於聯邦醫療保險計劃的費用、承保範圍和品質評級的資訊。

步驟 2：更換您的保險

- 若要**更換為其他聯邦醫療保險健康計劃**，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的原有聯邦醫療保險**，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的原有聯邦醫療保險**，您必須：
 - 寄一份書面退保要求給我們。如需深入瞭解如何進行，請聯絡客戶服務 (本手冊第 8.1 節提供電話號碼)。
 - 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**聯邦醫療保險**要求退保。聽障人士請致電 1-877-486-2048。

如果您更換為原有聯邦醫療保險，而且**沒有**投保一項獨立的聯邦醫療保險處方藥計劃，聯邦醫療保險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 5 節 更換計劃

如果您明年想更換至不同計劃或原有聯邦醫療保險，可以在 **10 月 15 日至 12 月 7 日** 期間進行。變更將於 2022 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。例如，擁有醫療補助者、獲得「額外補助」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，可以在一年當中的其他時間做出變更。

如果您已投保 2022 年 1 月 1 日開始的聯邦醫療保險優先計劃，且不滿意您的計劃選擇，您可以在 2022 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間更換至另一項聯邦醫療保險健康計劃 (包含或不包含聯邦醫療保險處方藥保險)，或更換至原有聯邦醫療保險 (包含或不包含聯邦醫療保險處方藥保險)。請參閱保險證明第 10 章第 2.3 節以瞭解詳情。

第 6 節 提供聯邦醫療保險和醫療補助免費輔導的方案

州健康保險協助方案 (SHIP) 是一項政府方案，在各州有受過培訓的顧問。

州健康保險協助方案 (SHIP) 是與任何保險公司或健康計劃無關的獨立方案。這是由聯邦政府撥款的一項州方案，為聯邦醫療保險會員提供**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聯邦醫療保險相關的問題或困難。他們可以協助您瞭解您的聯邦醫療保險計劃選擇，並且回答關於更換計劃的問題。您可撥打本手冊後頁「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署 (SDOH) (醫療補助) 福利的問題，請聯絡紐約州衛生署 (SDOH) (醫療補助)。詢問加入另一個計劃或回到原有聯邦醫療保險將會如何影響您的紐約州衛生署 (SDOH) (醫療補助) 給付。您可撥打本手冊後頁「附錄 A」所列的號碼，聯絡您的紐約州衛生署 (SDOH) (醫療補助)。

第 7 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「額外補助」。**因為您擁有紐約州衛生署 (SDOH) (醫療補助)，故您已投保「額外補助」，也稱為低收入補貼。「額外補助」會支付您的部分處方藥保費、年度扣除額和共保額。因為您符合資格，您將不會有保險缺口或逾期投保罰金。如果您對「額外補助」有疑問，請致電：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士請每週 7 天、每天 24 小時隨時致電 1-877-486-2048；
 - 請於週一至週五上午 7 時至晚上 7 時致電 1-800-772-1213 聯絡社會安全局。聽障人士請致電 1-800-325-0778 (申請專用)；或
 - 您的州醫療補助辦事處 (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。若要進一步瞭解本計劃，請洽詢您的州健康保險協助方案 (此組織的名稱和電話號碼列於本手冊後頁的「附錄 A」)。
- **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 承保的聯邦醫療保險 D 部分處方藥符合資格，可透過 ADAP 計劃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手冊後頁的「附錄 A」)。

第 8 節 問題？

第 8.1 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。(聽障人士專線，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 2022 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 2022 年福利與費用變更摘要。詳細內容請參見 2022 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](https://www.humana.com/PlanDocuments)。您也可以致電客戶服務，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](https://www.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) 和承保的藥物名單 (處方集/藥物指南) 提供最新資訊。

第 8.2 節 - 獲得聯邦醫療保險的幫助

直接從聯邦醫療保險處獲得資訊：

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)。聽障人士請致電 1-877-486-2048。

造訪聯邦醫療保險網站

您可以造訪聯邦醫療保險的網站 (www.medicare.gov)。其中含有費用、承保範圍和品質評等之類有助於您比較聯邦醫療保險健保計劃的相關資訊。您可以使用聯邦醫療保險網站上的聯邦醫療保險計劃尋找器，尋找您所在地區提供的計劃資訊。(若要查看計劃相關資訊，請前往 www.medicare.gov/plan-compare。)

參閱《2022 年聯邦醫療保險與您》

您可以參閱《2022 年聯邦醫療保險與您》手冊。每年秋季，我們會將本手冊寄給擁有聯邦醫療保險的會員。其中含有聯邦醫療保險福利摘要、權利和保護，以及關於聯邦醫療保險的大多數常見問題的解答。如果您沒有收到本手冊，可以透過聯邦醫療保險網站 (www.medicare.gov) 取得，或者每週 7 天、每天 24 小時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障人士請致電 1-877-486-2048。

第 8.3 節 - 獲得醫療補助的幫助

如需獲得醫療補助的資訊，您可撥打本手冊後頁「附錄 A」所列的號碼，聯絡您的紐約州衛生署 (SDOH) (醫療補助)。

附錄 A - 州機構聯絡資訊

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 Albany, NY 12223-1251 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 (聽障專線) 1-833-868-4056 (傳真) https://livantaqio.com/
州醫療補助辦事處	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 (或 1-844-682-4058 (免付費電話)) 1-518-459-0121 (聽障專線) http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap

您個人健康資訊的隱私條例公告

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。
- 致您的計劃保險商，允許他們履行計劃管理職能，例如資格認定、登記投保和退保。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。
- 在緊急情況下，如果我們無法與您取得聯絡，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。如果您的要求合理，我們就會滿足您的要求。
- 修訂 - 如果您認為我們所維護關於您的資訊有誤或不完整，您有權提出修訂資訊的要求。如果我們並沒有建立資訊，或沒有您的資訊，或資訊是正確的和完整的，我們可以拒絕您的要求。如果我們拒絕您的要求，我們會給您書面解釋，說明拒絕您的要求的原因。*
- 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「隱私條例」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 Humana 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!

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、婚姻狀況或宗教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民權辦公室提出民權投訴，或者聯絡：**U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，電話：**1-800-368-1019** 或 **800-537-7697 (聽障專線)**。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幫助和服務。

1-877-320-1235 (聽障專線：711)

當需要有輔助幫助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幫助和服務，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。

您可以免費使用語言協助服務。

1-877-320-1235 (聽障專線：711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog - Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

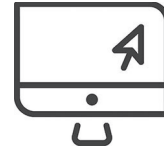
برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Wóda'í béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowoł.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

只需點按一下即可獲得您 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 2021 年 10 月 15 日起，您可以在 **Humana.com/PlanDocuments** 檢視這些 2022 年計劃文件。您可以在這裡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交您的要求，或撥打我們的自動系統 **800-457-4708 (聽障人士專線：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



H3533031000034002ANOCCH22

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 2022 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 (聽障專線：711)