

2024 年健康計劃福利概覽

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) New York City

計劃費用	僅搭配 Medicare	搭配 Medicare 與州分攤費用保障
每月計劃保費	\$0	\$0
年度自付費用上限	\$7,995 (網路內)	\$7,995 (網路內) 如果您符合您所在州的州醫療補助計劃 Medicare (聯邦醫療保險) 分攤費用協助資格，您不需要為 A 部分 和 B 部分承保的服務的最大自付費用支付任何自付費用。
	網路內僅搭配 Medicare	網路內搭配 Medicare 與州分攤費用保障
醫生診所就診		
初級保健提供者 (PCP)	共付額 \$0	共付額 \$0
專科醫生	共付額 \$45	共付額 \$0
預防保健		
包括：Medicare 承保的篩檢	如果您找網路內提供者看診，無需支付任何費用	共付額 \$0
遠程醫療服務 (除 Original Medicare 之外)		
初級保健提供者 (PCP)	共付額 \$0	共付額 \$0
專科醫生	共付額 \$45	共付額 \$0
急需護理服務	共付額 \$55	共付額 \$0
藥物濫用或行為健康服務	共付額 \$0	共付額 \$0
住院護理		
急症住院護理	第 1-6 日每天共付額 \$379 第 7-90 日每天共付額 \$0	共付額 \$0
化驗室服務		
在化驗室設施接受化驗室檢驗	共付額 \$0	共付額 \$0
在門診醫院設施接受化驗室檢驗	共付額 \$45	共付額 \$0

Humana.

門診治療

門診手術 (在門診手術中心)	共付額 \$445	共付額 \$0
在治療設施接受物理治療	共付額 \$40	共付額 \$0
在門診醫院設施接受 X 光檢查	共付額 \$125	共付額 \$0
在門診醫院設施接受診斷檢測	共付額 \$95	共付額 \$0

心理健康服務

住院精神科醫院 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。	第 1-6 日每天共付額 \$320 第 7-90 日每天共付額 \$0	共付額 \$0
專科醫生診所	共付額 \$40	共付額 \$0
門診醫院	共付額 \$100	共付額 \$0
部分住院	共付額 \$55	共付額 \$0

急診服務

急需護理中心的急需服務	共付額 \$55	共付額 \$0
救護車服務	每個服務日共付額 \$300	共付額 \$0
急診室	共付額 \$100	共付額 \$0

額外的福利和方案

強制性牙科補充保險福利 DEN310	包含在計劃中 - 可能有分攤費用。請參閱《福利摘要》以瞭解詳情。	
強制性視力補充保險福利 VIS693	包含在計劃中 - 可能有分攤費用。請參閱《福利摘要》以瞭解詳情。	
強制性聽力補充保險福利 HER937	包含在計劃中 - 可能有分攤費用。請參閱《福利摘要》以瞭解詳情。	

額外的福利和方案 (承上文)

非處方 (OTC) 津貼	在一張預付卡中提供每季 \$50 的津貼，可用於從參與的零售地點購買核准的非處方健康保健產品。津貼金額不得與其他可能出現在卡上的福利津貼合併使用。未使用的金額會在季度結束時到期。
HMO 旅遊保險福利	包含在計劃中
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 50 英里為限。
Humana Well Dine® 膳食方案	包含在計劃中
慢性病特殊補充保險福利 (SSBCI) Worry Free™ Meals	納入適用於確診慢性阻塞性肺病 (COPD)、糖尿病、鬱血性心臟衰竭 (CHF) 或憂鬱症的會員，與他人共享醫護管理服務的會員，以及符合方案條件的會員。請參閱《福利摘要》以瞭解詳情。
SilverSneakers® 健身方案	包含在計劃中

Humana.

2024 年處方藥物福利概覽

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) New York City

計劃焦點

共付額 \$0	特定藥房地點和等級的共付額為 \$0 。其他詳情如下。
免賠額	購買第 1 級和第 2 級藥物免賠額為 \$0
胰島素費用	針對您計劃承保的每項胰島素產品，您針對一個月 (最多 30 天) 供應量所支付的費用不會超過 \$35
額外缺口保險	下列項目的額外缺口保險： 胰島素
排除藥物保險	下列項目的額外藥物保險： 勃起功能障礙 (ED) 藥物 減肥藥物 處方維他命
疫苗 \$0	免疫接種諮詢委員會 (ACIP) 所推薦的成人 D 部分承保疫苗共付額 \$0

免賠額

購買第 1 級和第 2 級藥物免賠額為 **\$0**。本計劃第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物的免賠額為 **\$350**。您支付這些藥物的全額費用，直到您達到 **\$350** 為止。然後，您只需支付分攤費用即可。

初始保險

您支付以下金額，直到承保的藥物的年度藥物費用總額達到 **\$5,030**。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。達到此金額後，您將會進入「保險缺口」。

藥房分攤費用

 選擇粗體字標示的分攤費用選項，更物超所值	零售分攤費用 包括所有網路內零售藥房		標準郵購分攤費用		首選郵購分攤費用 CenterWell Pharmacy™	
	30 天	90 天*	30 天	90 天*	30 天	90 天*
第 1 級：首選非品牌藥物	\$2	\$6	\$10	\$30	\$2	\$0
第 2 級：非品牌藥物	\$9	\$27	\$20	\$60	\$9	\$0
第 3 級：首選品牌藥物	\$47	\$141	\$47	\$141	\$47	\$131

供應天數	30 天	90 天*	30 天	90 天*	30 天	90 天*
第 4 級：非首選藥物	\$100	\$300	\$100	\$300	\$100	\$290
第 5 級：專門等級	27%	不適用	27%	不適用	27%	不適用

我們的網路內也有其他藥房可供選擇。若要尋找您的網路中有哪些藥房，請前往 [Humana.com/pharmacyfinder](https://www.humana.com/pharmacyfinder)。

*某些藥物僅限提供 30 日的供應量。

一旦您每年的藥物總花費 — 即您和我們計劃所支付的藥物花費 — 達到 **\$5,030**，您的藥物費用可能會上升。請參閱《福利摘要》以瞭解更多詳情。

您可以進行下列動作，從計劃中獲得最大效益：

- **留在網路內。**向網路內藥房買藥的費用可能較低。
- **考慮使用首選郵購分攤費用藥房。**其一般為大部分藥物提供較標準郵購分攤費用藥房還低的分攤費用 (您的專門藥物分攤費用在任何網路內藥房皆相同)。
- **為您每天都在服用的藥物選擇 90 日供應量。**您將可獲得更多藥物並可能支付更少費用，特別是當您在首選分攤費用郵購藥房配處方藥時。

針對計劃承保的每項胰島素製品，無論分攤費用等級為何，即使您尚未支付免賠額，您針對一個月 (最多 30 天) 供應量所支付的費用不會超過 **\$35**。

「額外幫助」

如果您的藥物獲得「額外幫助」，您的免賠額將為 **\$0**。

在達到您的年度 **\$8,000** 自付費用上限之前，您將根據您的「額外幫助」等級支付下列其中一項費用：

- 非品牌 / 首選多源藥物或生物相似藥為 **\$4.50**；任何其他藥物為 **\$11.20**；或
- 非品牌 / 首選多源藥物或生物相似藥為 **\$1.55**；任何其他藥物為 **\$4.60**；或
- 所有藥物為 **\$0**

達到您的年度 **\$8,000** 自付費用上限後，無論您獲得的「額外幫助」等級為何，您在該日曆年的剩餘時間內都將支付 **\$0**。在 LIS 附加條款中將提供其他資訊。

如果您有疑問且為 Humana (惠安納) 會員，請致電客戶服務部 1-800-457-4708 (聽障專線：711)。

如果您目前不是 Humana 的會員，請致電 1-844-775-9622 (聽障專線：711) 聯絡持照 Humana 銷售代理，上午 8 時至晚上 8 時，每週 7 天，自 10 月 1 日 (2023 年) 至 3 月 31 日 (2024 年)，年中其他期間請於週一至週五致電。

Humana 是一項與 Medicare 簽約的 Medicare 優勢 HMO 計劃。登記投保這項 Humana 計劃的資格視續約情況而定。

Humana

所示的遠程醫療服務是 Original Medicare 承保遠程醫療的補充內容。您的費用可能與 Original Medicare 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。

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。

所有產品名稱、標誌、品牌和商標均為其各自所有者的財產，且任何使用均不暗示任何背書。



如欲獲得健康計劃的詳細資料，請至
[Humana.com/Benefits](https://www.humana.com/benefits)



重要事項

在 Humana，我們十分重視讓您得到公平對待。

Humana Inc. 及其附屬機構遵守適用的聯邦民權法，不會在方案和活動中因個人的種族、膚色、國籍、血統、民族、生理性別、性傾向、社會性別、性別認同、殘障、年齡、婚姻狀態、宗教或語言，包括在其方案和活動中的入院或入住，或者治療或職業，而歧視任何人。

- 下列部門專門處理關於 Humana 無差別待遇政策的查詢：Discrimination Grievances, P.O.Box 14618, Lexington, KY 40512-4618，**877-320-1235 (聽障專線：711)**。

您可以免費使用輔助工具和服務。

877-320-1235 (聽障專線：711)

當有需要提供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。

本資訊也有其他語言版本可供免費索取。請致電 877-320-1235 (聽障專線：711) 與客戶服務部聯絡。營業時間：上午 8 時至晚上 8 時(東部時間)。

Español (Spanish): Llame al número indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística. **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horas de operación: 8 a.m. a 8 p.m. hora del este.

繁體中文 (Chinese): 本資訊也有其他語言版本可供免費索取。請致電客戶服務部：**877-320-1235 (聽障專線：711)**。辦公時間：東部時間上午 8 時至晚上 8 時。