

福利摘要

選擇性補充保險福利

HumanaChoice H5525-055 (PPO)

San Francisco
San Francisco 和 Marin Counties

我們的服務區包括 California 州的下列郡縣：Marin、San Francisco。

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**，或致電 **1-800-833-2364 (聽障專線：711)**，以檢視 EOC 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。
- 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 2025 年 1 月 1 日變更。
- 對目前承保範圍的影響。**如果您目前已投保 Medicare 優勢計劃，您目前的 Medicare 優勢計劃醫療保險將在新的 Medicare 優勢計劃保險開始後終止。若您有 Tricare，您的保險可能會在新的 Medicare 優勢計劃開始後受到影響。請與 Tricare 聯絡以瞭解詳情。如果您有差額保險 (Medigap) 計劃，建議您在 Medicare 優勢保險生效後，放棄您的差額保險保單，否則您將為您無法使用的保險支付費用。
- 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。



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 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。若要取得我們所承保服務的完整清單，請於我們的網站上參閱計劃的《保險證明》：[Humana.com/plandocuments](https://www.humana.com/plandocuments)。

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，請撥打免費電話：**1-800-457-4708 (聽障專線：711)**。

如果您**不是**投保本計劃的會員，請撥打免費電話：**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 時致電給我們。

4月1日至9月30日：

週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時致電給我們。

或者造訪我們的網站：

[Humana.com/medicare](https://www.humana.com/medicare)

進一步瞭解 HumanaChoice H5525-055 (PPO)

您是否同時擁有 Medicare 和州醫療補助？如果您是同時投保 Medicare 和該州州醫療補助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。

如果您擁有州醫療補助，請務必向提供者出示您的州醫療補助 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，再由州醫療補助支付。

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

\$28 如果您獲得保費援助，您的計劃保費可能會減少。
您必須繼續繳納 Medicare B 部分保費。

醫療免賠額

合併為 **\$700**

以下列出的服務不包括在合併
網路內和網路外的免賠額中：

僅限網路內：

救護車服務

化療藥物及投予

糖尿病監測用品

結腸鏡診斷檢查

乳房 X 光診斷檢查

化驗室服務

Medicare B 部分承保的藥物

初級保健醫生診所

專科醫生診所

網路內和網路外：

急診室服務

Medicare 承保的預防服務 (包括免疫接種 (流感和肺炎))

Original Medicare 未承保的服務

急需護理中心的急需服務

藥房 (D 部分) 免賠額

第 1 級、第 2 級和第 3 級免賠額為 **\$0**

第 4 級和第 5 級為 **\$250**

自付額責任上限

\$6,500 (網路內)

\$10,000 (合併網路內與網路外)

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。

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

	網路內	網路外
住院護理		
您的計劃給付的住院時間日數不限。	第 1-5 天每天共付額 \$300	費用的 45%
	第 6-90 天每天共付額 \$0	
門診醫院給付		
下列服務也可能在其他治療地點獲得承保。請參閱列於本文件中的特定服務以取得額外資訊。		
先進成像服務 (MRI、MRA、PET 或 CT 掃描)	共付額 \$300	費用的 40%
基本放射服務 (X 光)	共付額 \$125	費用的 45%
心臟復健服務	共付額 \$30	費用的 40%
化療藥物	費用的 20%	費用的 40%
結腸鏡診斷檢查	共付額 \$0	費用的 40%
乳房 X 光診斷檢查	共付額 \$0	費用的 40%
診斷程序和檢驗 - 其他	共付額 \$40	費用的 40%
化驗室服務	共付額 \$0	共付額 \$10
Medicare B 部分承保的藥物	費用的 20%	費用的 40%
心理健康服務	共付額 \$30	費用的 40%
核子醫學服務	共付額 \$110	費用的 40%
職業治療	共付額 \$40	費用的 40%
鴉片類治療計劃服務	共付額 \$30	費用的 40%
物理治療	共付額 \$40	費用的 40%
肺復健服務	共付額 \$15	費用的 40%
透析 (洗腎) 服務	費用的 20%	費用的 20%
睡眠研究 (設施型)	共付額 \$40	費用的 40%
言語治療	共付額 \$40	費用的 40%
藥物濫用護理	共付額 \$30	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
周邊動脈疾病 (PAD) 的監督運動治療 (SET)	費用的 20%	費用的 40%
手術服務	共付額 \$295	費用的 45%
治療放射學 (放射治療)	費用的 20%	費用的 40%
傷口照護	費用的 40%	費用的 40%
門診手術中心		
結腸鏡診斷檢查	共付額 \$0	費用的 40%
手術服務	共付額 \$250	費用的 45%
醫生診所就診		
初級保健提供者 (PCP)	共付額 \$0	共付額 \$25
專科醫生診所	共付額 \$30	共付額 \$60
預防保健		

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：

- 腹部主動脈瘤篩檢
- 酒精濫用篩檢及輔導
- 年度健康檢查 (AWV)
- 骨質密度檢測
- 乳癌篩檢 (乳房 X 光檢查)
- 心血管疾病風險降低就診
- 心血管疾病篩檢
- 子宮頸癌和陰道癌篩檢
- 大腸癌篩檢
- 憂鬱症篩檢
- 糖尿病篩檢
- 糖尿病自我管理訓練
- 青光眼篩檢

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。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。

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"> • 愛滋病 (HIV) 篩檢 • 免疫接種 • 肺癌篩檢 • 醫學營養治療 • Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) • 肥胖症篩檢和治療 • 前列腺 (攝護腺) 癌篩檢 • 例行體檢 • 性傳播感染 (STI) 篩檢和輔導 • 戒菸和戒除使用菸草 (戒菸輔導) • 「Welcome to Medicare」預防就診 <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		
急診室急診服務	共付額 \$100	共付額 \$100
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。		
急診室醫生及專業服務	共付額 \$0	共付額 \$0
急需服務		
急需服務是指在非急診情況下，為無法預知、需要立刻得到醫治的疾病、受傷或病症所提供的醫療服務。	急需護理中心共付額 \$30	急需護理中心共付額 \$30

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。



	網路內	網路外
診斷服務、化驗室和成像		
先進成像服務 (MRI、MRA、PET 及 CT 掃描)		
· 獨立放射設施	共付額 \$200	費用的 40%
· 初級保健醫生診所	共付額 \$0	費用的 40%
· 專科醫生診所	共付額 \$50	費用的 40%
基本放射服務 (X 光)		
· 獨立放射設施	共付額 \$50	費用的 40%
· 初級保健醫生診所	共付額 \$0	費用的 40%
· 專科醫生診所	共付額 \$0	費用的 40%
· 急需護理中心	共付額 \$30	費用的 40%
在門診手術中心進行結腸鏡診斷檢查	共付額 \$0	費用的 40%
乳房 X 光診斷檢查		
· 獨立放射設施	共付額 \$0	費用的 40%
· 專科醫生診所	共付額 \$0	費用的 40%
診斷程序和檢驗		
· 初級保健醫生診所	共付額 \$0	費用的 40%
· 專科醫生診所	共付額 \$30	費用的 40%
· 急需護理中心	共付額 \$30	費用的 40%
化驗室服務		
· 獨立化驗室	共付額 \$0	共付額 \$10
· 初級保健醫生診所	共付額 \$0	費用的 40%
· 專科醫生診所	共付額 \$30	費用的 40%
· 急需護理中心	共付額 \$40	費用的 40%
獨立放射設施的核子醫學和服務	共付額 \$110	費用的 40%
睡眠研究		
· 會員家中	共付額 \$0	費用的 40%
· 專科醫生診所	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
放射治療學		
(放射治療)		
· 獨立放射設施	費用的 20%	費用的 40%
· 專科醫生診所	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
強制性聽力補充保險福利	<p>HER939</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 · 每非充電式機型助聽器 80 顆電池 · 提供充電式選項，每個助聽器需額外支付 \$50。 <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
強制性牙科補充保險福利	<p>DEN373</p> <ul style="list-style-type: none"> · 綜合口腔評估費用的 0% 	<p>DEN373</p> <ul style="list-style-type: none"> · 綜合口腔評估費用的 0%

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

可能存在限制和排除情況。已提交的索賠須接受審查程序，其中可能包括臨床審查和牙科病史以核准保險。此計劃的牙科福利不一定承保所有的 ADA 處置碼。所接收的任何未列出服務都不在計劃承保範圍內，並將由會員負責支付。會員應負擔超出牙科保險限制的任何金額。福利的提供以日曆年為基礎。年底沒有使用的金額將會過期。有關每個計劃的資訊，請造訪 Humana.com/sb。

網路內牙醫已同意按合約費率 (依據網路內收費表，亦作 INFS) 提供承保服務。如果一名會員前往特約網路內牙醫處就診，將不必支付超過承保服務議定收費表的費用 (年度上限仍然適用)。

網路外牙醫未同意以簽約的費用提供服務。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會員收取任何超出 Humana 所支付給提供者

- 或每 3 年最多 1 次牙周檢查。
- 每 5 年最多 1 次環口 X 光或診斷 X 光檢查，費用的 **0%**。
- 每年最多 1 組咬翼片 X 光檢查、口內 X 光檢查，費用的 **0%**。
- 每年最多 1 次急診診斷檢查，費用的 **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)，費用的 **0%**。
- 每年最多 4 次牙周維護，費用的 **0%**。
- 每年在承保的服務範圍內進行必要的麻醉次數不限，費用的 **0%**。
- 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 **\$25**。
- 每 3 年最多 1 次中度發炎潔治，共付額 **\$25**。
- 每 5 年最多 1 次牙冠重鑲、牙橋重鑲，共付額 **\$25**。
- 每年最多 2 次牙痛緊急治療，共付額 **\$25**。
- 每年不限次數汞合金和/或複合物補牙、普通或手術拔牙，共付額 **\$25**。
- 每 3 年最多 1 次咬合調整，費用的 **50%**。

網路外

- 或每 3 年最多 1 次牙周檢查。
- 每 5 年最多 1 次環口 X 光或診斷 X 光檢查，費用的 **0%**。
- 每年最多 1 組咬翼片 X 光檢查、口內 X 光檢查，費用的 **0%**。
- 每年最多 1 次急診診斷檢查，費用的 **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)，費用的 **0%**。
- 每年最多 4 次牙周維護，費用的 **0%**。
- 每年在承保的服務範圍內進行必要的麻醉次數不限，費用的 **0%**。
- 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 **\$25**。
- 每 3 年最多 1 次中度發炎潔治，共付額 **\$25**。
- 每 5 年最多 1 次牙冠重鑲、牙橋重鑲，共付額 **\$25**。
- 每年最多 2 次牙痛緊急治療，共付額 **\$25**。
- 每年不限次數汞合金和/或複合物補牙、普通或手術拔牙，共付額 **\$25**。
- 每 3 年最多 1 次咬合調整，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
<p>的金額。如需提供者查詢器指示，請參閱下方。網路內提供者同意直接向我們收費。如果不在我們網路內的提供者不願意直接向我們收費，您可能需要預付費用並提出報銷申請。共保額等級將套用在您所在地區的平均協議網路內收費表 (INFS)。請參閱《保險證明》第 2 章「付款要求聯絡資訊」或造訪 Humana.com，以取得有關申請補償的資訊。</p> <p>於網路外提供者處就診時，Humana 的補償和牙醫的收費之間可能存在著差異。會員於網路外提供者處就診時，必須承擔這項差異金額；這稱為差額計費。</p> <p>強制性牙科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 > 輸入郵遞區號 > 在「距離」下拉選單中選擇可接受的距離 > 從查詢方式選擇「所有牙科網路」> 然後選擇「HumanaDental Medicare」。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 每 5 年最多 1 次牙橋-橋體，費用的 50%。 • 每 5 年最多 2 次牙橋-牙冠，費用的 50%。 • 牙冠、其他修復服務，費用的 50% - 每顆牙齒終身最多 1 次牙心修補缺損及預成型牙柱和牙心、根管治療、根管再治療。 • 每年最多 2 次口腔手術，費用的 50%。 • 預防和綜合福利每年合併福利給付金額上限 \$2,000。 	<ul style="list-style-type: none"> • 每 5 年最多 1 次牙橋-橋體，費用的 50%。 • 每 5 年最多 2 次牙橋-牙冠，費用的 50%。 • 牙冠、其他修復服務，費用的 50% - 每顆牙齒終身最多 1 次牙心修補缺損及預成型牙柱和牙心、根管治療、根管再治療。 • 每年最多 2 次口腔手術，費用的 50%。 • 預防和綜合福利每年合併福利給付金額上限 \$2,000。 • 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。

視力服務

眼鏡 (白內障手術後)

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。



承保的醫療和醫院福利 (續)

H5525055000

	網路內	網路外
Medicare 承保的糖尿病眼睛檢查	共付額 \$0	費用的 40%
Medicare 承保的視力服務	共付額 \$30	共付額 \$60

Medicare 承保視力服務的提供者查詢器位於 [Humana.com](https://www.humana.com) > 「尋找醫生」 > 選擇「醫療」圖示 > 輸入郵遞區號 > 選擇查詢方法 > Medicare 或 Medicare -州醫療補助 > 選擇您的計劃網路 > 選擇搜尋類別 > 指定專科醫生。

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
<p>強制性視力補充保險福利</p> <p>強制性視力補充保險福利的 Humana Medicare Insight 網路提供者查詢器可在 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」中找到。</p>	<p>VIS751</p> <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。 • 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，每年在 PLUS Provider 的福利給付金額上限為 \$150。 • 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。 • 福利承保金額上限不可合併。 <p>PLUS 提供者是 Humana Medicare Insight 網路的一部分，且會在提供者查詢器搜尋結果中標明。</p>	<p>VIS751</p> <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。 • 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。 • 福利承保金額上限不可合併。
<p>心理健康服務</p>		
<p>住院</p> <p>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</p>	<p>第 1-5 日每天共付額 \$300</p> <p>第 6-90 日每天共付額 \$0</p>	<p>費用的 45%</p>
<p>治療就診</p> <ul style="list-style-type: none"> • 部分住院 • 專科醫生診所 	<p>共付額 \$40</p> <p>共付額 \$30</p>	<p>費用的 40%</p> <p>費用的 40%</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)

H5525055000

	網路內	網路外
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 21-53 日每天共付額 \$203 第 54-100 日每天共付額 \$0	第 1-100 日為費用的 40%
物理治療		
綜合門診 復健設施	共付額 \$40	費用的 40%
專科醫生診所	共付額 \$40	費用的 40%
救護車		
空中	費用的 20%	費用的 20%
地面	每個服務日共付額 \$300	每個服務日共付額 \$300
交通		
	不在承保範圍內	
Medicare B 部分藥物		
過敏注射和血清		
· 初級保健醫生診所	共付額 \$0	共付額 \$0
· 專科醫生診所	共付額 \$0	共付額 \$0
專科醫生診所的化療藥物	費用的 20%	費用的 40%
其他 B 部分藥物		
部分可退款的 B 部分藥物可能適用較低共保額。		
對於本計劃承保的所有 B 部分胰島素，您為一個月 (最多 30 天) 的供應量支付的金額不會超過 \$35，如果您的計劃有免賠額，則不適用於 B 部分胰島素。		
· 藥房	費用的 20%	費用的 40%
· 初級保健醫生診所	費用的 20%	費用的 40%
· 專科醫生診所	費用的 20%	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。

Humana®



處方藥福利

計劃重點

共付額 \$0	在選定的藥房地點和等級共付額 \$0 。其他詳細資料如下
免賠額	第 1 級、第 2 級和第 3 級免賠額為 \$0
胰島素費用	有關您的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
100 日供應量	符合資格藥物最多 100 日供應量
額外的缺口保險	下列項目的額外缺口保險： 胰島素
排除藥物承保範圍	以下藥物的附加藥物保險： 勃起功能障礙 (ED) 藥物 減肥藥物
疫苗 \$0	「免疫接種諮詢委員會」(ACIP) 所建議的成人 D 部分承保疫苗共付額為 \$0

免賠額

第 1 級、第 2 級和第 3 級免賠額為 **\$0**。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

您為承保藥物支付以下金額，直到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

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

您的網路中也有其他藥房可供選擇。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，其他藥物則可能有資格獲得最多 100 日的供應量。

有關您的計劃承保的每項胰島素產品，不論其屬於哪一種分攤費用等級，您針對一個月 (最多 30 天) 供應量所支付的費用不會超過 **\$35**，即使您尚未支付免賠額亦是如此。

胰島素分攤費用

日供應量	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	100 天*	30 天	100 天*	30 天	100 天*
第 3 級：首選品牌藥物	\$35	\$105	\$35	\$105	\$35	\$94
第 5 級：專門等級	\$35	不適用	\$35	不適用	\$35	不適用

您的網路中也有其他藥房可供選擇。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，其他藥物則可能有資格獲得最多 100 日的供應量。

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 **\$8,000**—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：(首選品牌藥物) - 胰島素

第 5 級：(專門等級) - 胰島素

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達到 **\$8,000** 後，您為計劃承保的 D 部分藥物和排除藥物支付 **\$0**。

排除藥物承保範圍

勃起障礙 (ED) 藥物 涵蓋在第 1 級分攤費用金額內。

減肥藥物 涵蓋在第 2 級分攤費用金額內。

額外幫助

如果您的藥物獲得「額外幫助」，您將有 **\$0** 的免賠額。

在達到您的年度自付費用上限 **\$8,000** 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**；其他任何藥物為 **\$11.20**；或
- 非品牌/首選多源藥物或生物相似藥為 **\$1.55**；其他任何藥物為 **\$4.60**；或
- 所有藥物 **\$0**

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

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。若要瞭解您是否有資格獲得「額外幫助」，請與社會安全局辦公室聯絡，電話：1-800-772-1213，星期一至星期五上午 7 時至晚上 7 時。聽障人士請致電：

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》。

如果您居住在網路內長期照護設施，您支付的款項與在網路內零售藥房相同。在某些情況下您可以從網路外藥房取得藥物，但費用可能高於您在網路內藥房支付的金額。



額外的福利

	網路內	網路外
脊椎矯正服務 (Medicare 承保的)	共付額 \$15	費用的 40%
足病診療服務 (Medicare 承保的)	共付額 \$30	共付額 \$60
針灸服務 (Medicare 承保的)	每次慢性下背部疼痛針灸就診共付額 \$30，每年最多就診 20 次。	每次慢性下背部疼痛針灸就診共付額 \$60，每年最多就診 20 次。 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。
醫療設備/用品		
糖尿病監測用品		
· 糖尿病用品供應	費用的 9%	費用的 15%
· 網路零售藥房	費用的 9%	費用的 15%
· 首選糖尿病用品供應		不在承保範圍內
耐用醫療設備 (DME) 及相關用品	費用的 9%	費用的 15%
醫療供應商的醫療用品供應	費用的 9%	費用的 15%
義肢提供者的義肢裝置及相關用品	費用的 9%	費用的 15%
復健服務		
專科醫生診所的心臟復健服務	共付額 \$30	費用的 40%
職業治療		
· 綜合門診復健設施	共付額 \$40	費用的 40%
· 專科醫生診所	共付額 \$40	費用的 40%
物理治療		
· 綜合門診復健設施	共付額 \$40	費用的 40%
· 專科醫生診所	共付額 \$40	費用的 40%
專科醫生診所的肺復健服務	共付額 \$15	共付額 \$60

言語治療		
· 綜合門診復健設施	共付額 \$40	費用的 40%
· 專科醫生診所	共付額 \$40	費用的 40%
在專科醫生診所進行周邊動脈疾病 (PAD) 的監督運動治療 (SET)	費用的 20%	費用的 40%
遠程醫療服務 (在 Original Medicare 之外)		
初級保健醫生診所	共付額 \$0	不在承保範圍內
專科醫生診所	共付額 \$30	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
急需護理服務	共付額 \$30	不在承保範圍內



您的計劃提供更多福利

您可以享受本計劃中包含的一些額外福利。

這是我們承保內容的摘要。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。保險證明 (EOC) 提供承保範圍和服務的完整清單。請造訪 [Humana.com/plandocuments](https://www.humana.com/plandocuments) 以檢視 EOC 的副本，或致電 **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 Humana 為在醫院或護理設施住院時間之後的會員提供的居家送餐方案。

非處方 (OTC) 郵購

網路內：每季享有 **\$30 的津貼**，可透過我們的 OTC 郵購提供者，購買核准的非處方健康和保健產品。

未使用的金額會延續至下一季，並且於計劃年度結束時到期。

- 每季津貼的金額可在 1 月、4 月、7 月和 10 月初使用。
- 可能存在限制和條件。

獎勵和激勵

Go365 by Humana® 是完成特定預防健康篩檢和健康與保健活動的獎勵和激勵方案。

SilverSneakers® 健身方案

基本健身中心會員資格
包括面對面和數位健身課程。



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。

\$37.40

每月保費

MyOption DEN478

MyOption DEN478 為一項選擇性補充保險福利組合方案 (OSB)，可額外支付每月保費購買，以取代 Medicare 優勢計劃中所提供的任何例行牙科福利。如果已購買，OSB 將完全取代您福利組合方案中所定義的牙科承保範圍。這表示您應忽略 EOC 第 4 章「強制性牙科補充保險福利」一節中的任何內容。登記投保時，您會收到新的 ID 卡，ID 卡背面會列出您的新 DEN478。根據本年度強制性補充保險福利所支付的任何索賠，將計入年度 OSB 計劃福利上限。

選擇性 補充保險福利

HumanaChoice H5525-055 (PPO)

San Francisco
San Francisco 和 Marin Counties

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。

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 Medicare 優勢計劃時，增加這些額外的保險福利。您也可以於 12 月 7 日 Medicare 開放登記投保結束之後，聯絡您的代理，或致電 1-888-413-7026 聯絡 OSB 銷售人員，以增加這些福利。OSB 銷售時間為當地時間上午 8 點至晚上 8 時 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 **\$37.40**

保險資訊

計劃福利上限 (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。您必須負擔超出牙科保險限制的任何金額。年底沒有使用的金額將會過期。

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，例如定期潔治、牙冠、假牙、根管治療、牙橋等。

註：此津貼不可用於美容服務和植入物。

可能存在限制和排除情況。已提交的索賠須接受審查程序，其中可能包括臨床審查和牙科病史以核准保險。此計劃的牙科福利不一定承保所有的 ADA 處置碼。所接收的任何未列出服務都不在計劃承保範圍內，並將由會員負責支付。會員應負擔超出牙科保險限制的任何金額。福利的提供以日曆年為基礎。年底沒有使用的金額將會過期。有關每個計劃的資訊，請造訪 Humana.com/sb。

選擇性補充保險福利 (續)

網路內牙醫已同意按合約費率 (依據網路內收費表，亦作 INFS) 提供承保服務。如果一名會員前往特約網路內牙醫處就診，將不必支付超過承保服務議定收費表的費用 (共保額給付仍然適用)。

網路外牙醫未同意以簽約的費用提供服務。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。網路外提供者可能會向會員收取任何超出 Humana 所支付給提供者的金額。如需提供者查詢器指示，請參閱下方。網路內提供者同意直接向我們收費。如果不在我們網路內的提供者不願意直接向我們收費，您可能需要預付費用並提出報銷申請。共保額等級將套用至您所在地區的平均協議網路內收費表 (INFS) 或一般和慣例費用。請參閱《保險證明》第 2 章「付款要求聯絡資訊」或造訪 **Humana.com**，以取得有關申請補償的資訊。

於網路外提供者處就診時，Humana 的補償和牙醫的收費之間可能存在著差異。會員於網路外提供者處就診時，必須承擔這項差異金額；這稱為差額計費。

強制性牙科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」下拉選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。投保人必須繼續繳納 Medicare B 部分保費、Humana 保費和 OSB 保費。

Humana.

Humana.com

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 **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、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 California 保險部免費熱線號碼：**1-800-927-HELP (4357)** 以提出申訴。

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。

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 (听障专线：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 (聽障專線：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 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 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 بخطتنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة 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.

Portuguese: 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: 当社の健康保険と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をご用意しています。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。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。



進一步瞭解



您可以在我們的網站上查看計劃的**提供者名錄和藥房名錄**，網址 humana.com/finder/search，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 Original Medicare 的承保範圍與費用，請參閱目前的《Medicare & You》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 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。

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。

所有產品名稱、標誌、品牌和商標均為其各自所有者的財產，任何使用均不意味著認同。

您所需的資訊僅在一鍵之隔

造訪 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments) 查看關於您的計劃的詳細資料，包含福利和費用。

如果您想要一份紙本的保險證明、提供者名錄或藥物清單郵寄給您，您可以在上方網站線上請求，或致電 **1-800-457-4708 (聽障專線: 711)**，每天 24 小時，一週 7 天。致電時，請準備好您的 Humana 會員卡。當被詢問致電原因，請說「保險證明」、「提供者名錄」或「藥物清單」。

啟動您的安全 MyHumana 帳戶。

您的線上 MyHumana 帳號是您 Humana 會員的重要部分。使用它隨時查看您的計劃詳細資訊，且線上存取重要計劃文件，集於一處。方便使用且為您量身訂制。

已經有帳號？

前往 [Humana.com/MyHumanaPlan](https://www.humana.com/MyHumanaPlan) 登入。

還沒有帳號？

使用以上的相同連結，僅須幾分鐘即可建立一個。

完成您的 Medicare 健康評估

回答九個簡單的問題關於您的健康。您的回答將協助我們提供您您的計劃中可能幫助您達成您的健康目標並過您想要的生活的工具和資源。

兩個簡單的選項

致電給我們的自動語音服務 **888-445-3379 (聽障專線：711)**。請準備好您的八碼會員號碼在手邊——它位於您的 Humana 會員卡正面。
或登入您的 MyHumana 帳號。

接收關於其他保險產品的資訊

身為 Humana 會員，我們可能致電給您提供其他保險相關產品。您可以透過撥打您會員卡背面的客戶服務部電話選擇退出不再收到那些來電。

Humana Inc.

P.O. Box 14168

Lexington, KY 40512-4168

關於您計劃的重要資訊

Humana.com