

2025 年

年度變更通知

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)

New York City
Brooklyn 和 Queens

Humana[®]



現在審閱您的 2025 年 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 更新正是時候

您可以在此找到《年度變更通知》，當中並排比較您在 2024 和 2025 年的計劃福利。請記住，本文件著重於計劃的變動之處，並不包含計劃的完整福利清單。

我們每年都會調整計劃，確保即使健康照護政策有所改變，我們也能以合理實惠的價格提供高品質福利。我們今年更新了我們的計劃，優先規劃 Medicare (聯邦醫療保險) 會員最需要的基本醫療保健承保。

當您看網絡內提供者時，您將繼續獲得許多預防服務和檢查的承保，例如年度健康檢查和疫苗，而且無需支付額外費用。

以下是確保您為 2025 年做好準備的方法：



請仔細檢閱計劃變更。如果您想保有目前的 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 計劃，您不需要採取任何行動。計劃將於 2025 年 1 月 1 日自動更新，您可以保留目前的 Humana (惠安納) 會員卡。



如果您有任何問題，可以在線上找到更多資訊：www.Humana.com/PlanChanges。從 10 月 15 日起，您可以在 2025 年《承保證明》中看到您計劃的線上福利完整清單。

感謝您成為 Humana 會員。我們期待於 2025 年讓您維持最佳健康。

2025 年度變更通知

您目前是 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 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。如需更多有關費用、福利或規定的資訊，請參閱位於我們網站 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments) 的《承保證明》。您也可以致電客戶服務部，要求我們將《承保證明》寄送給您。

- 您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日這段期間對您明年的 Medicare 承保進行變更。

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)。
 - 檢閱我們藥物承保的變更，包括承保限制和分攤費用。
 - 思考您將花費在保費、免賠額和分攤費用上的金額。
 - 查看 2025 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。
 - 比較 2024 年和 2025 年的計劃資訊，查看這些藥品是否在 2025 年移至不同的分攤費用等級，或是否將受到不同的限制，例如事先授權、階梯療法或數量限制。
- 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絡。
- 確認您是否符合獲得協助支付處方藥的條件。收入有限的人士可能符合 Medicare 的「額外幫助」。
- 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 網站的 Medicare 計劃尋找器，或檢閱《Medicare & You 2025》手冊後頁的清單。如需額外支援，請聯絡您的州健康保險協助方案 (SHIP)，與受過培訓的顧問交談。
- 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 2024 年 12 月 7 日前加入另一個計劃，您將會投保 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。
- 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 **2025 年 1 月 1 日開始**。這將會結束您對 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的登記投保。
- 如果您最近剛搬進機構或目前住在機構 (例如專業護理設施或長期照護醫院)，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)。如果您最近搬出機構，您有機會在搬出後的兩個月內更換計劃或更換為原有的 Medicare。

額外資源

- 本文件免費提供中文版和西班牙文版。
- 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。這是一支免費電話。
- 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**,並滿足患者保護與平價醫療法 (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 H3533-033 (HMO)

- Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 是一項簽署 Medicare 合約的 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。
- 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 H3533-033 (HMO)。
- 除非在緊急情況下,否則網絡外/非簽約醫療服務提供者沒有義務要為 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的會員治療。請撥打我們的客戶服務電話或查看您的《承保證明》以取得更多資訊,包括適用於網絡外服務的分攤費用。

H3533_ANOC_MAPD_HMO_033000_2025_CH_M

OMB Approval 0938-1051 (到期日:2026 年 8 月 31 日)

2025 年度變更通知 目錄

2025 年重要費用摘要	6
第 1 節 明年福利和費用的變更	8
第 1.1 節 - 每月保費的變更	8
第 1.2 節 - 您的最大自付費用的變更	9
第 1.3 節 - 提供者和藥房網絡的變更	9
第 1.4 節 - 醫療服務福利和費用的變更	9
第 1.5 節 - D 部分處方藥承保的變更	17
第 2 節 行政變更	20
第 3 節 決定選擇哪一項計劃	20
第 3.1 節 - 如果您想繼續投保 Humana Gold Plus H033-3533 (HMO)	20
第 3.2 節 - 如果您想變更計劃	20
第 4 節 變更計劃截止日期	21
第 5 節 提供 Medicare 免費諮詢服務的方案	21
第 6 節 協助支付處方藥的方案	21
第 7 節 問題?	22
第 7.1 節 - 獲得 Humana Gold Plus H033-3533 (HMO) 的幫助	22
第 7.2 節 - 獲得 Medicare 的幫助	22
附錄 A - 州級機構聯絡資訊	23
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。	

2025 年重要費用摘要

下表針對幾個重要領域，比較 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 在 2024 年和 2025 年的費用。請注意，這只是費用摘要。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
	網絡內	網絡內
每月計劃保費* * 您的保費可能會比這個金額更高。請參閱第 1.1 節以瞭解詳情。	\$0	\$0
免賠額	不適用	\$580 透過耐用醫療設備項目提供的胰島素除外。
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)。	\$7,995	\$9,350
醫生診所就診	初級保健醫生就診： 每次就診共付額 \$0 專科醫生就診： 每次就診共付額 \$45	初級保健醫生就診： 每次就診共付額 \$0 專科醫生就診： 每次就診共付額 \$45
住院治療	第 1 - 6 日每天共付額 \$379 第 7 - 90 日每天共付額 \$0	第 1 - 6 日每天共付額 \$310 第 7 - 90 日每天共付額 \$0
D 部分處方藥承保 (請參閱第 1.5 節以瞭解詳情)。	免賠額： \$350 ，承保的胰島素產品和大部分的成人 D 部分疫苗除外。在這個階段，您的承保胰島素費用將與您在初始承保階段的費用相同。 在這個階段，您會為第 1 級藥物支付 \$2 分攤費用，為第 2 級藥物支付 \$9 分攤費用，為第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物支付全額費用，直到您達到年度免賠額為止。 初始承保階段期間的共付額/共保額：	免賠額： \$590 ，承保的胰島素產品和大部分的成人 D 部分疫苗除外。在這個階段，您的承保胰島素費用將與您在初始承保階段的費用相同。 在這個階段，您會為第 1 等級藥物支付 \$2 分攤費用，為第 2 等級藥物支付 \$12 分攤費用，為第 3 等級、第 4 等級和第 5 等級藥物支付全額費用，直到您達到年度免賠額為止。 初始承保階段期間的共付額/共保額：

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
	網絡內	網絡內
	由 零售藥房 提供 30 天供應量： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 級藥物：\$2 • 第 2 級藥物：\$9 • 第 3 級藥物：\$47 您在此層級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 \$35 。 <ul style="list-style-type: none"> • 第 4 級藥物：\$100 • 第 5 級藥物：27% 您在此層級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 \$35 。	由 零售藥房 提供 30 天供應量： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 級藥物：\$2 • 第 2 級藥物：\$12 • 第 3 級藥物：\$47 您在此層級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 \$35 。 <ul style="list-style-type: none"> • 第 4 級藥物：26% • 第 5 級藥物：25% 您在此層級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 \$35 。
	由提供首選分攤費用的 郵購藥房 提供 90 天供應量： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 級藥物：\$0 • 第 2 級藥物：\$0 • 第 3 級藥物：\$131 您在此層級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 \$105 。 <ul style="list-style-type: none"> • 第 4 級藥物：\$290 • 第 5 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： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 級藥物：\$0 • 第 2 級藥物：\$0 • 第 3 級藥物：\$131 您在此層級為每項承保胰島素的每 3 個月供應量支付 \$95 。 <ul style="list-style-type: none"> • 第 4 級藥物：26% • 第 5 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： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 級藥物：\$30 • 第 2 級藥物：\$60 • 第 3 級藥物：\$141 您在此層級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 \$105 。 <ul style="list-style-type: none"> • 第 4 級藥物：\$300 • 第 5 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： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 級藥物：\$30 • 第 2 級藥物：\$60 • 第 3 級藥物：\$141 您在此層級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 \$105 。 <ul style="list-style-type: none"> • 第 4 級藥物：26% • 第 5 級藥物：不適用
	重大傷病承保範圍： <ul style="list-style-type: none"> • 在此付款階段，本計劃將會給付您的 D 部分承保藥物的全額費用。及我們增強福利承保的排除藥物。您不需支付任何費用。 	重大傷病承保範圍： <ul style="list-style-type: none"> • 在本付款階段，您無需為您的 D 部分承保藥物及我們增強福利承保的排除藥物支付任何費用。

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	2024 (今年)	2025 (明年)
每月保費 (您也必須繼續繳納 Medicare B 部分保費。)	\$0 沒有 Medicare B 部分保費減免。	\$0 您的計劃將可降低您每月的 B 部分保費，最多可達 \$1 。
	下列項目僅適用於您已選擇或選擇支付額外保費以獲得選擇性補充保險福利。	
	MyOption DEN204 \$40.30 每月額外保費	MyOption DEN204 不適用 您仍享有牙科承保。請參閱您的 2025 年《承保證明》 ，瞭解您的計劃所包含之強制性牙科補充承保福利的更多資訊。
	MyOption DEN205 \$58.80 每月額外保費	MyOption DEN205 不適用 您仍享有牙科承保。請參閱您的 2025 年《承保證明》 ，瞭解您的計劃所包含之強制性牙科補充承保福利的更多資訊。
MyOption DEN432 \$68.80 每月額外保費	MyOption DEN432 不適用 您仍享有牙科承保。請參閱您的 2025 年《承保證明》 ，瞭解您的計劃所包含之強制性牙科補充承保福利的更多資訊。	

- 如果您因為 63 天以上沒有與 Medicare 同等水平的其他處方藥承保 (亦稱為「可信的承保」) 而必須繳付終身 D 部分推遲入保罰金，您的每月計劃保費將會更高。
- 如果您的收入較高，您每個月可能需要為您的 Medicare 處方藥承保直接向政府支付額外的金額。

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	2024 (今年)	2025 (明年)
	網絡內	網絡內
最大自付費用 您的承保醫療服務費用 (例如共付額和免賠額) 將會計入您的最大自付費用。您的處方藥費用不計入您的最大自付費用。	\$7,995	\$9,350 一旦您為承保的 A 部分和 B 部分服務支付了 \$9,350 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 - 提供者和藥房網絡的變更

您所支付的處方藥金額視您使用哪家藥房而定。Medicare 藥物計劃有一個藥房網絡。在大多數情況下，只有當您向網絡內藥房購買處方藥時才可獲得承保。

我們的網站 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.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，我們將在三個工作日內郵寄。

我們的提供者網絡明年會有所改變。請前往 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments) 檢閱 2025 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) 是否屬於我們的網絡。

我們的藥房網絡明年會有所改變。請檢閱 2025 年《提供者名錄》以確定哪些藥房屬於我們的網絡。

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

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 2025 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	2024 (今年)	2025 (明年)
	網絡內	網絡內
救護車服務 <ul style="list-style-type: none"> 每次使用 Medicare 承保的緊急地面交通, 您支付: 每次使用 Medicare 承保的緊急空中交通, 您支付: 每次使用 Medicare 承保的非緊急地面交通, 您支付: 每次使用 Medicare 承保的非緊急空中交通, 您支付: 	每個服務日共付額 \$300 每個服務日共付額 \$300 每個服務日共付額 \$300 每個服務日共付額 \$300	每個服務日共付額 \$315 每個服務日共付額 \$315 每個服務日共付額 \$315 每個服務日共付額 \$315
脊椎按摩治療服務 <ul style="list-style-type: none"> 每次例行就診 	每次例行脊椎矯正就診的共保額 20% , 每年最多就診 12 次。	不在承保範圍內
連續血糖監測儀 <ul style="list-style-type: none"> 在耐用醫療設備提供者 在網絡內零售藥房 	費用總額的 20% 費用總額的 20%	費用總額的 5% 費用總額的 5%
牙科服務 <ul style="list-style-type: none"> 牙科補充福利: 	DEN310 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 次環口 X 光或診斷 X 光, 共付額 \$0 。 每年最多 1 組咬翼片 X 光檢查、口內 X 光檢查, 共付額 \$0 。 每年最多 1 次急診診斷檢查, 共付額 \$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), 共付額 \$0 。 每年最多 4 次牙周維護, 共付額 \$0 。 每年在承保的服務範圍內進行必要的麻醉次數不限, 共付額 \$0 。	DEN310 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 次環口 X 光或診斷 X 光, 共付額 \$0 。 每年最多 1 組咬翼片 X 光檢查、口內 X 光檢查, 共付額 \$0 。 每年最多 1 次急診診斷檢查, 共付額 \$0 。 每年最多 2 次定期口腔檢查、預防 (洗牙), 共付額 \$0 。 每年最多 4 次牙周維護, 共付額 \$0 。 每年在承保的服務範圍內進行必要的麻醉次數不限, 共付額 \$0 。
糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與必需品供應 <ul style="list-style-type: none"> 對於每個 Medicare 承保的糖尿病相關供應項目, 您支付: <ul style="list-style-type: none"> 由糖尿病供應商提供 	費用總額的 20%	費用總額的 5%
耐用醫療設備 (DME) 及相關用品 <ul style="list-style-type: none"> 對於每個 Medicare 承保的項目, 您支付: 	費用總額的 20%	費用總額的 5%

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
	網絡內	網絡內
急診治療 <ul style="list-style-type: none"> 每次 Medicare 所承保的急診室就診, 您支付: 	如果在 24 小時內入院, 則可免除 \$100 共付額。進入觀察時, 會員支付觀察分攤費用, 而非急診室分攤費用。	如果在 24 小時內入院, 則可免除 \$110 共付額。進入觀察時, 會員支付觀察分攤費用, 而非急診室分攤費用。
住院照護 <ul style="list-style-type: none"> 在 Medicare 所承保的住院期間, 您支付: 	第 1 - 6 日每天共付額 \$379 第 7 - 90 日每天共付額 \$0	第 1 - 6 日每天共付額 \$310 第 7 - 90 日每天共付額 \$0
住院心理健康護理 <ul style="list-style-type: none"> 在 Medicare 所承保的住院期間, 您支付: 在 Medicare 所承保的精神科機構住院期間, 您支付: 	第 1 - 6 日每天共付額 \$379 第 7 - 90 日每天共付額 \$0 第 1 - 6 日每天共付額 \$320 第 7 - 90 日每天共付額 \$0	第 1 - 6 日每天共付額 \$310 第 7 - 90 日每天共付額 \$0 第 1 - 6 日每天共付額 \$305 第 7 - 90 日每天共付額 \$0
鴉片類治療方案服務 <ul style="list-style-type: none"> Medicare 承保的每次鴉片治療服務就診, 您支付: <ul style="list-style-type: none"> 在醫院作為門診患者 	\$100 共付額	\$85 共付額
門診診斷檢驗、治療服務及用品 <ul style="list-style-type: none"> 對於診斷程序和檢測, 您支付: <ul style="list-style-type: none"> 在急需護理中心 先進成像服務 (MRI、MRA、PET 或 CT 掃描), 您支付: <ul style="list-style-type: none"> 在醫院作為門診患者 基本放射服務, 您支付: <ul style="list-style-type: none"> 在醫院作為門診患者 在急需護理中心 核子醫學服務, 您支付: <ul style="list-style-type: none"> 在醫院作為門診患者 對於醫療用品, 您支付: 化驗室服務, 您支付: <ul style="list-style-type: none"> 在獨立化驗室 在醫院作為門診患者 在急需護理中心 	\$55 共付額 \$300 共付額 \$125 共付額 \$55 共付額 \$400 共付額 費用總額的 20% \$0 共付額 \$45 共付額 \$55 共付額	\$45 共付額 \$325 共付額 \$130 共付額 \$45 共付額 \$720 共付額 費用總額的 5% \$30 共付額 \$50 共付額 \$45 共付額
門診醫院觀察 <ul style="list-style-type: none"> 對於 Medicare 所承保的每次觀察服務就診, 您支付: <ul style="list-style-type: none"> 在醫院作為門診患者 	\$379 共付額	\$310 共付額

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
	網絡內	網絡內
門診心理健康護理 <ul style="list-style-type: none"> Medicare 承保的每次個人/團體治療就診, 您支付: <ul style="list-style-type: none"> 虛擬就診 \$0 共付額 在醫院作為門診患者 \$100 共付額 		<ul style="list-style-type: none"> 虛擬就診 \$40 共付額 在醫院作為門診患者 \$85 共付額
門診復健服務 <ul style="list-style-type: none"> Medicare 所承保的物理治療, 您支付: <ul style="list-style-type: none"> 在專科醫生診所 \$40 共付額 在綜合門診復健設施 (CORF) \$40 共付額 在醫院作為門診患者 \$40 共付額 Medicare 所承保的職業治療或語言治療, 您支付: <ul style="list-style-type: none"> 在專科醫生診所 \$40 共付額 在綜合門診復健設施 (CORF) \$40 共付額 在醫院作為門診患者 \$40 共付額 		<ul style="list-style-type: none"> 在專科醫生診所 \$35 共付額 在綜合門診復健設施 (CORF) \$35 共付額 在醫院作為門診患者 \$35 共付額 在專科醫生診所 \$35 共付額 在綜合門診復健設施 (CORF) \$35 共付額 在醫院作為門診患者 \$35 共付額
門診藥物濫用治療服務 <ul style="list-style-type: none"> Medicare 承保的每次個人/團體治療就診, 您支付: <ul style="list-style-type: none"> 虛擬就診 \$0 共付額 在醫院作為門診患者 \$100 共付額 		<ul style="list-style-type: none"> 虛擬就診 \$40 共付額 在醫院作為門診患者 \$85 共付額
門診手術 (包括醫院門診部及門診手術中心提供的服務) <ul style="list-style-type: none"> Medicare 所承保的每次手術服務就診, 您支付: <ul style="list-style-type: none"> 在門診手術設施 \$445 共付額 在醫院作為門診患者 \$495 共付額 		<ul style="list-style-type: none"> 在門診手術設施 \$940 共付額 在醫院作為門診患者 \$1,400 共付額

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
	網絡內	網絡內
足病診療服務 • 每次例行就診	每次例行足部就診的共付額 \$45 ，每年最多就診 6 次。	不在承保範圍內
義肢裝置及相關用品 - 義肢提供者	費用總額的 20%	費用總額的 5%
專業護理設施 (SNF) 照護 • 入住 Medicare 所承保的專業護理設施期間，您支付：	第 1 日至 20 日，每日共付額 \$0 第 21 日至第 100 日，每日共付額 \$203	第 1 日至 20 日，每日共付額 \$0 第 21 日至第 100 日，每日共付額 \$214
慢性病特殊補充保險福利 • Worry Free™ 餐點	經診斷出罹患慢性阻塞性肺病 (COPD)、參加照護管理服務、在過去 30 天內於醫院或專業護理設施住院、缺乏食物保障和符合方案標準的會員，可享有為期 12 週、每日 2 餐的送餐服務，最高總共 168 餐。 持續符合方案標準的會員可額外獲得 12 週的送餐服務。 符合資格的會員每個計劃年度最多可獲享兩次 Worry Free™ 膳食方案。參與本計劃無需支付共保額、共付額或免賠額。 可能需要取得授權。	不在承保範圍內
• Worry Free™ 餐點	經診斷出罹患糖尿病、參加照護管理服務、在過去 30 天內於醫院或專業護理設施住院、缺乏食物保障和符合方案標準的會員，可享有為期 12 週、每日 2 餐的送餐服務，最高總共 168 餐。 持續符合方案標準的會員可額外獲得 12 週的送餐服務。 符合資格的會員每個計劃年度最多可獲享兩次 Worry Free™ 膳食方案。 參與本計劃無需支付共保額、共付額或免賠額。 可能需要取得授權。	不在承保範圍內

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
	網絡內	網絡內
<ul style="list-style-type: none"> Worry Free™ 餐點 	<p>經診斷出罹患鬱血性心臟衰竭 (CHF)、參加照護管理服務、在過去 30 天內於醫院或專業護理設施住院、缺乏食物保障和符合方案標準的會員，可享有為期 12 週、每日 2 餐的送餐服務，最高總共 168 餐。</p> <p>持續符合計劃標準的會員可額外獲得 12 週的送餐服務。</p> <p>符合資格的會員每個計劃年度最多可獲享兩次 Worry Free™ 膳食方案。參與本計劃無需支付共保額、共付額或免賠額。</p> <p>可能需要取得授權。</p>	不在承保範圍內
<ul style="list-style-type: none"> Worry Free™ 餐點 	<p>經診斷出罹患憂鬱症、參加照護管理服務、在過去 30 天內於醫院或專業護理設施住院、缺乏食物保障和符合方案標準的會員，可享有為期 12 週、每日 2 餐的送餐服務，最高總共 168 餐。</p> <p>持續符合方案標準的會員可額外獲得 12 週的送餐服務。</p> <p>符合資格的會員每個計劃年度最多可獲享兩次 Worry Free™ 膳食方案。參與本計劃無需支付共保額、共付額或免賠額。</p> <p>可能需要取得授權。</p>	不在承保範圍內
監督運動治療 (SET)		
<ul style="list-style-type: none"> 在專科醫生診所 	\$25 共付額	\$20 共付額
<ul style="list-style-type: none"> 在醫院作為門診患者 	\$25 共付額	\$20 共付額
急需服務		
<ul style="list-style-type: none"> Medicare 承保的急需服務，您支付： 		
<ul style="list-style-type: none"> 在急需護理中心 	\$55 共付額	\$45 共付額
<ul style="list-style-type: none"> 急需護理虛擬診療 	\$55 共付額	\$45 共付額

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
	網絡內	網絡內
視力保健 <ul style="list-style-type: none"> 例行視力服務： 	VIS693 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 \$150 。 或 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 \$200 。 鏡片選項可享有每年最多 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。	VIS736 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 \$50 。 或 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 \$100 。 鏡片選項可享有每年最多 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。
承保範圍遍及全球 <ul style="list-style-type: none"> 每次急診室就診，您支付： 	如果在 24 小時內入院，則可免除 \$100 共付額。	如果在 24 小時內入院，則可免除 \$110 共付額。

選擇性補充保險福利 (OSB)

如果您選擇支付額外保費，便可獲得這些福利。適用時，投保人必須繼續支付 Medicare B 部分保費、Humana 計劃保費以及 OSB 保費。

費用		2024 (今年)		2025 (明年)	
		網絡內	網絡外	網絡內	網絡外
MyOption DEN204		<ul style="list-style-type: none"> 每月保費為額外 \$40.30 無免賠額 福利上限為 \$2,000 		MyOption DEN204 <ul style="list-style-type: none"> 您的 2025 年計劃不提供。 您仍享有牙科承保。請參閱您的 2025 年《承保證明》，以瞭解您的計劃所包含之強制性牙科補充承保福利的更多資訊。 	
基本服務為 0% 共保額或 \$25 共付額		基本服務為 0% 共保額或 \$25 共付額			
主要服務為 50% 共保額或 \$25 共付額		主要服務為 50% 共保額或 \$25 共付額			
		從網絡外獲得的福利受網絡內福利的上限、限制及/或排除情況所規範。			
MyOption DEN205		<ul style="list-style-type: none"> 每月保費為額外 \$58.80 無免賠額 福利上限為 \$2,000 		MyOption DEN205 <ul style="list-style-type: none"> 您的 2025 年計劃不提供。 您仍享有牙科承保。請參閱您的 2025 年《承保證明》，以瞭解您的計劃所包含之強制性牙科補充承保福利的更多資訊。 	
基本服務為 0% 共保額或 \$25 共付額		基本服務為 0% 共保額或 \$25 共付額			
主要服務共保額為 0%-50% (包括假牙給付)		主要服務共保額為 0%-50% (包括假牙給付)			
		從網絡外獲得的福利受網絡內福利的上限、限制及/或排除情況所規範。			
MyOption DEN432		<ul style="list-style-type: none"> 每月保費為額外 \$68.80 無免賠額 福利上限為 \$2,000 		MyOption DEN432 <ul style="list-style-type: none"> 您的 2025 年計劃不提供。 您仍享有牙科承保。請參閱您的 2025 年《承保證明》，以瞭解您的計劃所包含之強制性牙科補充承保福利的更多資訊。 	
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承保限制的任何金額。年底沒有使用的金額將會過期。		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承保限制的任何金額。年底沒有使用的金額將會過期。			

費用		2024 (今年)		2025 (明年)	
		網絡內	網絡外	網絡內	網絡外
您的福利可用於大多數牙科治療,例如:		您的福利可用於大多數牙科治療,例如:			
<ul style="list-style-type: none"> • 預防牙科服務,例如檢查、定期清潔等 • 基本牙科服務,例如補牙、拔牙等 • 主要牙科服務,例如牙周潔治、牙冠、假牙、根管治療、牙橋等 		<ul style="list-style-type: none"> • 預防牙科服務,例如檢查、定期清潔等 • 基本牙科服務,例如補牙、拔牙等 • 主要牙科服務,例如牙周潔治、牙冠、假牙、根管治療、牙橋等 			
注意:此津貼不可用於美容服務和植入物。		注意:此津貼不可用於美容服務和植入物。			
		從網絡外獲得的福利受網絡內福利的上限、限制及/或排除情況所規範。			

第 1.5 節 - D 部分處方藥承保的變更

我們的藥物指南的變更

我們的《承保藥物清單》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。您也可以致電客戶服務 (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《藥物指南》。

我們對《藥物指南》作出的變更包括移除或新增藥物、變更適用於我們特定藥物的承保限制,或將其移至不同的分攤費用等級。請檢閱《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,或您的藥物是否已移至不同的分攤費用等級。

「藥物指南」的變更多半發生在每年年初。但是,我們可能會進行其他 Medicare 規定允許的變更,這些變更將在計劃年中對您造成影響。我們最少每月會更新一次線上《藥物指南》以提供最新的藥物清單。如果我們做出的變更會影響您使用的藥物,我們會寄送變更通知給您。

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《承保證明》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。

我們目前可以立即在《藥物指南》上刪除品牌藥物,前提是在同一或較低的分攤費用等級,以及與所替代的品牌藥物相同或更少的限制下,使用新的非品牌藥物版本取代。此外,在加入新的非品牌藥物時,我們也可能決定在我們的《藥物指南》上保留品牌藥物,但會立即將其移至不同的分攤費用等級,或加入新的限制,或兩者併行。

從 2025 年開始,我們可以立即用特定生物相似藥取代原生物製品。例如,如果您使用的原生物製品被生物相似藥取代,您可能無法在我們變更之前 30 天收到變更通知,或在網絡內藥房取得您的原生物製品的一個月供應量。如果您在我們進行變更時使用原生物製品,您仍然會取得我們所做的特定變更的相關資訊,但可能在我們變更後才會收到。

您可能不熟悉其中一些類型的藥物。有關藥物類型的定義，請參閱《承保證明》第 12 章。食品藥物管理局 (FDA) 也提供有關藥物的消費者資訊。請參閱 FDA 網站：

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>。您也可以聯絡客戶服務部或向您的醫療保健提供者，處方開立者或藥劑師以取得更多資訊。

處方藥福利和費用的變更

註：如果您已經參與了一項協助支付藥費的方案（「額外幫助」），關於 D 部分處方藥費用的資訊可能不適用於您。我們會另外寄給您一份插頁，稱為「獲得額外幫助支付處方藥者的《承保證明》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。如果您有「額外幫助」，且您沒有在 9 月 30 日前收到這張插頁，請致電客戶服務部索取「LIS 附加條款」。

自 2025 年起，有三個藥物付款階段：年度免賠額階段、初始承保階段，以及重大傷病保險階段。承保缺口階段和承保缺口優惠方案將不再存在於 D 部分福利中。

承保缺口優惠方案也將由製造商優惠方案取代。在製造商優惠方案下，製藥商在初始承保階段和重大傷病保險階段，支付部分計劃的承保 D 部分品牌藥物和生物製品的全額費用。製造商根據製造商優惠方案支付的折扣不會計入自付費用。

對免賠額階段所做的變更

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
第 1 階段：年度免賠額階段 在這個階段，您會全額支付第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物的費用，直到您達到年度免賠額止。免賠額不適用於承保的胰島素產品和大部分成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。在這個階段，您的承保胰島素費用將與您在初始承保階段的費用相同。	免賠額為 \$350。 在這個階段，您會為第 1 級藥物支付 \$2 的分攤費用，為第 2 級藥物支付 \$9 的分攤費用，為第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物支付全額費用，直到您達到年度免賠額為止。	免賠額為 \$590。 在這個階段，您會為第 1 級藥物支付 \$2 的分攤費用，為第 2 級藥物支付 \$12 的分攤費用，為第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物支付全額費用，直到您達到年度免賠額為止。

對您在初始承保階段的分攤費用所做的變更

對於第 4 級-非首選藥物，您在初始承保階段的分攤費用將從共付額變更為共保額。請參閱下表，瞭解 2024 年至 2025 年的變更。

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
第 2 階段：初始承保階段 支付年度免賠額後，便會進入「初始承保階段」。在這個階段，計劃針對您的藥物給付其分攤費用，而您也支付您的分攤費用。	一個月藥物供應的天數是 30。 您以標準分攤費用購買一個月供應量的費用：	一個月藥物供應的天數是 30。 您以標準分攤費用購買一個月供應量的費用：

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
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。 大部分成人 D 部分疫苗無需支付任何費用即予承保。		
	首選非品牌： 針對每個處方，您支付 \$2 。 您一個月的郵購處方費用為 \$10	首選非品牌： 針對每個處方，您支付 \$2 。 您一個月的郵購處方費用為 \$10
	非品牌： 針對每個處方，您支付 \$9 。 您一個月的郵購處方費用為 \$20	非品牌： 針對每個處方，您支付 \$12 。 您一個月的郵購處方費用為 \$20
	首選品牌： 針對每個處方，您支付 \$47 。 您在此層級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 \$35 。 您一個月的郵購處方費用為 \$47	首選品牌： 針對每個處方，您支付 \$47 。 您在此層級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 \$35 。 您一個月的郵購處方費用為 \$47
在 2024 年，您為非首選藥物等級的藥物支付 \$100 共付額。在 2025 年，您將為此等級藥物支付 26% 的共保額。	非首選藥物： 針對每個處方，您支付 \$100 。 您一個月的郵購處方費用為 \$100	非首選藥物： 針對每個處方，您支付 26% 。 您一個月的郵購處方費用為 26%
	特殊等級： 針對每個處方，您支付 27% 。 您在此層級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 \$35 。 您一個月的郵購處方費用為 27%	特殊等級： 針對每個處方，您支付 25% 。 您在此層級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 \$35 。 您一個月的郵購處方費用為 25%
	一旦您的藥物費用總額達到 \$5,030 ，您就會進入下一個階段 (承保缺口階段)。	一旦您為 D 部分藥物支付的自付費用達 \$2,000 ，您將進入下一個階段 (重大傷病保險階段)。

對您的 VBID D 部分福利所做的變更

COPD 吸入器支持方案中，**不再**承保特定維持性吸入器的減輕分攤費用。

重大傷病保險階段的變更

重大傷病保險階段是第三階段，也是最後階段。從 2025 年開始，製藥商在重大傷病保險階段，支付部分計劃的承保 D 部分品牌藥物和生物製品的全額費用。製造商根據製造商優惠方案支付的折扣不會計入自付費用。

如果您達到重大傷病保險階段，您無需為我們增強福利承保的 D 部分藥物和排除藥物支付任何費用。

請參閱《承保證明》的第 6 章第 6 節，了解關於您在重大傷病保險階段的費用資訊。

第 2 節 行政變更

說明	2024 (今年)	2025 (明年)
Medicare 處方付款計劃	不適用	Medicare 處方藥付款計劃是一種新的付款選項，可與您目前的藥物承保搭配使用，並可透過將藥物費用分攤至 一年內 (1 月至 12 月) 變動的每月款項 ，協助您管理藥物費用。若要詳細瞭解此付款選項，請造訪 Humana.com/RxCostHelp ，並撥打 Humana 會員卡背面的客戶服務部電話號碼與我們聯絡，或造訪 Medicare.gov 。

第 3 節 決定選擇哪一項計劃

第 3.1 節 - 如果您想繼續投保 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)

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 H3533-033 (HMO)。

第 3.2 節 - 如果您想變更計劃

我們希望您明年還是我們的會員，不過如果您希望在 2025 年變更計劃，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 Medicare 健康計劃，
- 或者-- 您可以變更為原有的 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。如果您沒有投保 Medicare 藥物計劃，請參閱第 1.1 節，瞭解可能潛在的 D 部分推遲入保罰金。

若要詳細瞭解原有的 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《Medicare 與您 2025》手冊、致電您的州健康保險協助方案 (SHIP) (請參閱第 5 節)，或致電 Medicare (請參閱第 7.2 節)。

步驟 2: 變更您的承保

- 若要變更為不同的 Medicare 健康計劃，請投保新的計劃。您將會自動從 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 計劃退保。
- 若要變更為附帶處方藥計劃的原有的 Medicare，請投保新的藥物計劃。您將會自動從 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 計劃退保。
- 若要更換為不附帶處方藥計劃的原有的 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，隨時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聯絡 Medicare 要求退保。聽障人士請致電 1-877-486-2048。

第 4 節 變更計劃截止日期

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 2025 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，擁有州醫療補助者、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 2025 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 2025 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間變更至另一項 Medicare 健康計劃 (包含或不包含 Medicare 處方藥承保)，或變更至原有的 Medicare (包含或不包含 Medicare 處方藥承保)。

如果您最近剛搬入、目前住在機構 (例如專業護理機構或長期照護醫院)，您可以**隨時**變更您的 Medicare 承保。您可以隨時變更為任何其他 Medicare 健康計劃 (包含或不包含 Medicare 處方藥承保)，或更換至原有的 Medicare (包含或不包含 Medicare 處方藥計劃)。如果您最近搬出機構，您有機會在搬出後的兩個月內更換計劃或更換為原有的 Medicare。

第 5 節 提供 Medicare 免費諮詢服務的方案

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。

第 6 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：

- **Medicare 的「額外幫助」。**收入有限的人士可能符合申請「額外幫助」來支付其處方藥費用的資格。如果符合資格，Medicare 可能支付 75% 以上的藥物費用，包括處方藥每月保費、年度免賠額以及共保額。此外，符合資格者將不會有推遲入保罰金。欲瞭解您是否符合條件，請致電：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士請撥打 1-877-486-2048，全年無休；
 - 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。聽障人士請致電 1-800-325-0778，或
 - 您所在州的州醫療補助辦事處。
- **您的州立藥物協助方案所提供之協助。**許多州都設有州立藥物協助方案 (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。若要進一步瞭解本方案，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文件後頁的「附錄 A」)。
- **HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用協助。**愛滋病藥物協助方案 (ADAP) 協助確保符合 ADAP 資格 HIV/AIDS 患者能夠獲得拯救生命的 HIV 藥物。如要符合您所在州運作的 ADAP 條件，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、如何投保本方案，或如果您已在 ADAP 登記投保，如何繼續收到協助，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」)。請務必在致電時告知他們您的 Medicare D 部分計劃名稱或保單編號。

- **Medicare 處方付款計劃**。Medicare 處方付款計劃是一種新的付款選項，從 2025 年開始，協助您管理自付藥物費用。這個新的付款計劃是一種新的付款選項，可與您目前的藥物承保搭配使用，並可透過將藥物費用分攤至一年內 (1 月至 12 月) 變動的每月款項，協助您管理藥物費用。**此付款選項可以幫助您管理費用，但無法節省您的金錢或降低藥物費用。**

對於符合資格的人士而言，Medicare 的「額外幫助」及 SPAP 和 ADAP 的協助，比參與 Medicare 處方藥付款計劃更有利。所有會員均符合參與此付款選項的資格 (無論收入水準為何)，且所有含藥物承保的 Medicare 藥物計劃和 Medicare 健康計劃都必須提供此付款選項。若要詳細瞭解此付款選項，請造訪 [Humana.com/RxCostHelp](https://www.humana.com/RxCostHelp)，並撥打 Humana 會員卡背面的客戶服務部電話號碼與我們聯絡，或造訪 Medicare.gov。

第 7 節 問題？

第 7.1 節 - 獲得 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 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 2025 年《承保證明》(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》知為您提供 2025 年福利與費用變更摘要。詳細內容請參閱 2025 年 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 《承保證明》。《承保證明》是針對您的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。《承保證明》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部，要求我們將《承保證明》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絡 (《提供者名錄》) 和《承保藥物清單》(處方列表/《藥物指南》) 提供最新資訊。

第 7.2 節 - 獲得 Medicare 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)。聽障人士請致電 1-877-486-2048。

造訪 Medicare 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您所在地區 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。

閱讀《Medicare & You 2025》

請閱讀《Medicare & You 2025》手冊。每年秋季，我們會將本文件寄給擁有 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 網站 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 或者每週 7 天、每天 24 小時，隨時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份副本。聽障人士請致電 1-877-486-2048。

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。

NEW YORK	
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 1-800-432-2080 (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) 1-855-236-2423 (傳真) https://livantaqio.com/
州醫療補助辦事處	紐約州衛生署 (SDOH) (州醫療補助) 州醫療補助管理辦公室 800 North Pearl Street Albany, NY 12204 1-800-541-2831 (免付費電話) 1-518-473-3782 (當地) https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/
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) https://www.health.ny.gov/health_care/epic/
愛滋病藥物協助方案	紐約愛滋病藥物協助方案 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

保險 ACE 隱私做法通知

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，否則您不需要做任何事。

本隱私做法通知適用於所有隸屬於保險 ACE 的實體，所謂保險 ACE 是指 HIPAA 規範下的關聯涵蓋實體 (Affiliated Covered Entity)。ACE 是一組法律上彼此獨立而相互關聯的涵蓋實體，且基於遵守 HIPAA 之目的而自行指定為單一涵蓋實體。如需完整的 ACE 成員名單，請造訪 <https://huma.na/insuranceace>

我們可能在不抵觸法律的情況下，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。

什麼是非公開個人或健康資訊？

非公開個人或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、社會安全號碼、帳戶號碼、付款資訊或人口統計資訊。本通知中的「資訊」一詞包括任何非公開的個人和健康資訊。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。

我們如何收集您的資訊？

我們會在您填寫申請表和表格時，收集您與家人的相關資訊。我們也會從您與我們、我們的關係機構或其他實體的往來活動中收集資訊。例如，我們接收的資訊可能來自各種醫療保健體系參與者，例如您的醫生或醫院、雇主或計劃管理員、徵信機構以及醫療資訊局。

我們會接收哪些關於您的資訊？

我們收到的資訊可能包括您的姓名、地址、電話號碼、出生日期、社會安全號碼、保費付款紀錄，以及您在我們網站上的活動。其中也包括您的醫療福利計劃、您的健康福利以及健康風險評估的相關資訊。

我們如何保護您的資訊？

我們有責任保護您資訊的隱私，無論是以電子或口頭資訊等任何形式。我們在行政、技術及實體方面均已制定預防措施，以各種方式保護您的資訊，包括：

- 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
- 就我們的隱私權方案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，包括支付由醫療保健服務提供者提供給您的承保服務索賠款項和健保計劃的保費。
- 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、協調您的照護、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，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，或您的計劃贊助商必須證明其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威脅。
- 在有限情況下作為研究用途，前提是他們已採取適當措施來保護您的隱私。
- 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承保時。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 - 您有權檢視並獲得可能被用來做出與您相關決定之您的資訊副本。您也會收到此項健康資訊的摘要。依據適用法律要求，我們會將此個人資訊提供給您或您的指定代表。
- 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 - 您有權透過修訂或刪除要求更正此個人資訊中的任何資訊。在收到您的書面要求後 60 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該類修正。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。

* 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公眾服務部民權辦公室 (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。

我們的責任

- 法律要求我們維護您受保護健康資訊的隱私與安全。
- 如果發生可能危及您資訊隱私或安全的漏洞，我們會立即通知您。
- 我們必須遵循本公告中所述的職責與隱私權實務，並提供您一份副本。
- 除非您以書面形式通知我們，否則我們不會使用或分享您的資訊；此處所述除外。向我們表示同意後，您仍可隨時改變心意。若您改變心意，請以書面告知我們。

我們有權變更此通知的條款，且此等變更適用於我們所持有關於您的一切資訊。

新版通知將應要求於我們的辦事處及我們的網站提供。

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**，前往「Privacy Practices」(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

無歧視公告

Humana Inc. 及其附屬機構遵守適用的聯邦民權法，不會因個人的種族、膚色、宗教、社會性別、性別認同、生理性別、性傾向、年齡、殘障、國籍、兵役狀況、退伍軍人身分、基因資訊、血統、民族、婚姻狀態、語言、健康狀況或健康服務需求而歧視或排斥任何人。

Humana Inc.：

- 為殘障人士提供合理的修改及免費的適當輔助工具和服務，以有效與我們溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式的書面資訊 (大字印刷、音訊、無障礙格式、其他格式)。
- 為主要語言不是英語的人士提供免費的語言服務，其中可能包括：
 - 合格的口譯員
 - 其他語言的書面資訊。

如果您需要合理的修改、適當的輔助工具或語言協助服務，請聯絡 **877-320-1235 (聽障專線：711)**。辦公時間：東部時間上午 8 時至晚間 8 時。如果您認為 Humana Inc. 並未提供這些服務，或基於種族、膚色、宗教、社會性別、性別認同、性別、性傾向、年齡、身心障礙、國籍、兵役狀況、退役狀況、遺傳資訊、血統、族裔、婚姻狀態、語言、健康狀態，或需要醫療服務而有歧視行為，您可以親自提出申訴，或透過郵寄或傳送電子郵件至 Humana Inc. 無差別待遇協調員。Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (聽障專線：711)**，或 **accessibility@humana.com**。如果您在提出申訴時需要幫助，Humana Inc. 的無差別待遇協調員可以幫助您。

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公眾服務部民權辦事處 (Office for Civil Rights) 提出投訴，或者寄送郵件或撥電話至：

- 美國衛生和公眾服務部：200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201。 **800-368-1019, 800-537-7697 (聽障專線)**。

加州會員：

您也可以向 California Department of Health Care Services、民權辦公室提出民權投訴，請致電 **916-440-7370 (聽障專線：711)**、寄送電子郵件至：**Civilrights@dhcs.ca.gov**，或郵寄至：Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413。您可在 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 取得投訴表格。

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 (TTY: 711) 1-877-320-1235. 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.

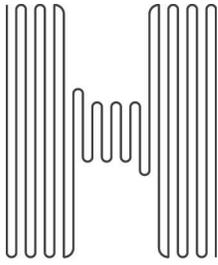
Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

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.

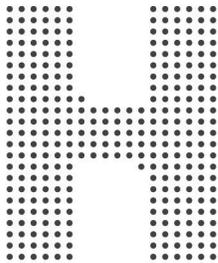
Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

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。



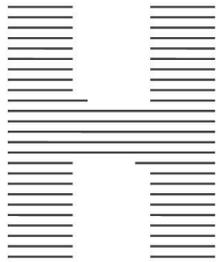
從 2024 年 10 月 15 日起,您可以在 www.Humana.com/PlanDocuments 檢視並搜尋這些 2025 年計劃文件。您可以在此看到計劃的最新資訊。透過這種簡單的搜尋方式,您可以快速找到所需資訊。

- 請參閱您的《承保證明》以瞭解您計劃的具體細節、福利和費用。
- 檢視《提供者名錄》,查看您計劃網絡中的提供者和專科醫生清單。
- 藥物清單:您的計劃承保的藥物清單

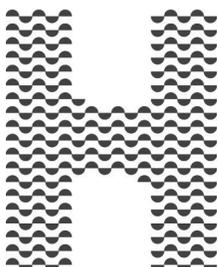
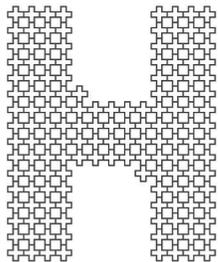


我們隨時準備為您服務。如果您需要幫助使用這些線上工具,請撥打 Humana 會員卡背面的電話號碼以取得協助。

請記住,您可以在 www.Humana.com/PlanDocuments 檢視這些 2025 年計劃文件,快速找到您要的資訊。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 **1-800-457-4708 (聽障專線:711)**,每週七天、每天 24 小時提供服務。來電時請備妥您的 Humana 會員卡。當對方詢問致電原因時,請說出「Evidence of Coverage」(承保證明)、「Drug List」(藥物清單)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。



身為 Humana 會員,我們可能會致電給您,以提供其他保險相關產品。您可以撥打 ID 卡背面的客戶服務部電話,選擇退出未來的來電。



Humana Inc.

PO Box 14168

Lexington, KY 40512-4168



H3533033000ANOCCH25

您的 Medicare 優勢計劃和處方藥計劃變更相關重要資訊



請參閱內文

這是將於 2025 年 1 月 1 日生效之 **Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)** 的摘要。

Humana®

www.Humana.com

1-800-457-4708 (聽障專線:711)