

Resumen de beneficios

Humana Premier Rx Plan (PDP) S5884-168

Estado de Texas

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) estado(s): Texas.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que usted comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un representante de servicio al cliente al **1-800-706-0872 (TTY: 711)**.

Entender los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) provee una lista completa de todos los servicios y la cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de que se afilie. Visite **es-www.humana.com/medicare** o llame al **1-800-706-0872 (TTY: 711)** para ver una copia de la Evidencia de cobertura.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, probablemente tenga que seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos recetados.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Entender las reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan para medicamentos recetados de Medicare, su cobertura actual de cuidado de la salud finalizará una vez que comience su nueva cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información, póngase en contacto con Tricare.



Hablemos sobre Humana Premier Rx Plan (PDP)

Obtenga más información sobre Humana Premier Rx Plan (PDP), incluidos los servicios de medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

Humana Premier Rx Plan (PDP) es un plan de medicamentos recetados independiente con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

La información que proveemos sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No abarca todos los servicios que cubrimos ni tampoco la totalidad de limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor refiérase a la Evidencia de cobertura del plan en nuestro sitio web, es-www.humana.com/PlanDocuments.

Para ser elegible

Para inscribirse en Humana Premier Rx Plan (PDP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, y/o estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nombre del plan

Humana Premier Rx Plan (PDP)

Cómo contactarnos

Si usted es afiliado de este plan, llame sin costo al: **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

Si **no** es afiliado de este plan, llame sin costo al: **1-800-706-0872 (TTY: 711)**.

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

Llame los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

Llame de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede visitar nuestro sitio web:

es-www.humana.com/Medicare

Más información sobre Humana Premier Rx Plan (PDP)

¿Tiene Medicare y Medicaid? Si es beneficiario con doble elegibilidad inscrito tanto en Medicare como en el programa del estado, los costos de medicamentos recetados podrían ser más bajos.

Si tiene Medicaid, asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid además de su tarjeta de afiliado de Humana para que su proveedor tenga conocimiento de que usted puede tener cobertura adicional. Humana paga primero sus servicios y luego los paga Medicaid.

Humana Premier Rx Plan (PDP) ofrece una red de farmacias con costos compartidos preferidos en farmacias seleccionadas. Es posible que pague más en otras farmacias.



Una asociación saludable

¡Obtenga más provecho de este plan — con servicios y recursos adicionales que le provee Humana!

Humana.



Prima mensual, deducible y límites

Prima mensual del plan

\$124.60

Si recibe asistencia con la prima, es posible que se reduzca la prima de este plan.

Si usted tiene la Parte B, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Deducible de farmacia (Parte D) Este plan tiene un deducible de **\$0**.



Beneficios de medicamentos recetados

ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN

Copagos de \$0

Copagos de **\$0** en farmacias y niveles seleccionados. Más detalles a continuación

Deducible

Deducible de **\$0**

Costos para insulina

No pagará más de **\$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra este plan

Cobertura de medicamentos excluidos

Cobertura de medicamentos adicional para lo siguiente:
Medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés)

Vacunas de \$0

Copago de **\$0** por las vacunas cubiertas de la Parte D para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés).

DEDUCIBLE

Este plan tiene un deducible de **\$0**.

COBERTURA INICIAL

Usted paga lo siguiente hasta que los costos de desembolso personal totales lleguen a **\$2,000**. Una vez que llegue a esta cantidad, ingresará en el Período catastrófico.

Costos compartidos para farmacias de pedido por correo

Días del suministro	Costos compartidos de pedido por correo estándar		Costos compartidos de pedido por correo preferido CenterWell Pharmacy™	
	30 días	90 días*	30 días	90 días*
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$5	\$15	\$0	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$10	\$30	\$4	\$0
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$141	\$45	\$125
Nivel 4: No preferidos	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33%	No aplica	33%	No aplica

Costos compartidos para farmacias minoristas

Días del suministro	Costos compartidos minoristas estándar		Costos compartidos a minoristas preferidos	
	30 días	90 días*	30 días	90 días*
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$5	\$15	\$0	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$10	\$30	\$4	\$12
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$141	\$45	\$135
Nivel 4: No preferidos	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33%	No aplica	33%	No aplica

Usted tiene varias opciones para surtir sus medicamentos recetados, incluidas las farmacias de pedido por correo y minoristas. CenterWell Pharmacy® es la farmacia preferida, de pedido por correo, de costos compartidos para muchos planes de Humana, lo que significa que pueda pagar tan poco como **\$0** para ciertos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2. Obtenga más información en **CenterWellPharmacy.com**.

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. Para encontrar cuáles farmacias están disponibles en nuestra red, visite **es-www.humana.com/pharmacyfinder**.

*Algunos medicamentos están limitados a un suministro de 30 días.

No pagará más de **\$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido.

Costos compartidos de envío por correo para insulinas seleccionadas

Días del suministro	Costos compartidos de pedido por correo		Costos compartidos preferidos de pedido por correo CenterWell Pharmacy™	
	30 días	90 días*	30 días	90 días*
Nivel 3: De marca preferidos	\$25	\$75	\$20	\$50
Nivel 5: Nivel de especialidad	\$35	No aplica	\$35	No aplica

Costos compartidos para insulinas minoristas

Días del suministro	Costos compartidos minoristas estándar		Costos compartidos minoristas preferidos	
	30 días	90 días*	30 días	90 días*
Nivel 3: De marca preferidos	\$25	\$75	\$20	\$60
Nivel 5: Nivel de especialidad	\$35	No aplica	\$35	No aplica

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. Para encontrar cuáles farmacias están disponibles en nuestra red, visite **es-www.humana.com/pharmacyfinder**.

*Algunos medicamentos están limitados a un suministro de 30 días.

Humana.

COBERTURA CATASTRÓFICA

Después de que sus gastos totales de desembolso personal alcancen **\$2,000**, usted paga **\$0** por los medicamentos cubiertos por el plan de la Parte D y excluidos.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

Medicamentos para la disfunción eréctil Con cobertura por la cantidad de costos compartidos del Nivel 2.

AYUDA ADICIONAL

Si usted recibe "Ayuda adicional" para sus medicamentos tendrá un deducible de **\$0**.

Antes de alcanzar su límite anual de desembolso personal de **\$2,000**, pagará uno de los siguientes según su nivel de "Ayuda adicional:"

- **\$4.90** por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; **\$12.15** por cualquier otro medicamento; O
- **\$1.60** por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; **\$4.80** por cualquier otro medicamento; O
- **\$0** por todos los medicamentos

Después de alcanzar su límite anual de desembolso personal de **\$2,000**, usted pagará **\$0** por el resto del año calendario, independientemente del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Habrá información adicional disponible en su cláusula del subsidio por ingresos limitados (cláusula LIS).

Los costos compartidos pueden variar según la farmacia que elija, cuándo ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D y si es elegible para obtener "Ayuda adicional". Para determinar si es elegible para obtener "Ayuda adicional", contacte a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Para obtener más información sobre el beneficio de medicamentos recetados, llámenos o consulte nuestra Evidencia de cobertura en línea.

Si reside en un centro de cuidado médico a largo plazo dentro de la red, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista estándar. En ciertas circunstancias, podría obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero tal vez deba pagar más que lo que pagaría en una farmacia de la red.

Aviso de no discriminación

Humana Inc y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por su raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades adaptaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos de acceso electrónico o de otro tipo).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, los cuales pueden incluir:
 - Intérpretes acreditados
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de no discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de no discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono a:

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

Este aviso está disponible en **www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**.

GHHNDN2025HUM

Humana.

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 panggamot. 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.

Form CMS-10802 (Expires 12/31/25)

Form Approved OMB# 0938-1421

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 بخططنا 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 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。



Obtenga **más** información



Puede ver el **Directorio de farmacias** de este plan en nuestro sitio web en **[humana.com/finder/pharmacy](https://www.humana.com/finder/pharmacy)** o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos uno.



Puede ver la **Guía de medicamentos** de este plan en nuestro sitio web en **[es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist)** o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos una.

Para obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual actualizado "Medicare y usted". Puede verlo en línea en <https://es.medicare.gov> o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las redes de farmacias del plan de medicamentos recetados Humana Premier Rx Plan (PDP) incluyen un número limitado de farmacias preferidas, con costos menores, en las áreas urbanas de AR, CT, DE, IA, IN, KY, MA, MI, MN, MO, ND, NJ, NY, OH, RI, SD, TN, WI, WV; las áreas suburbanas de CT, DE, HI, IN, MA, MI, MN, MT, ND, NJ, NY, OH, PA, PR, RI, WI, WV; y en las áreas rurales de IA, MN, MT, ND, NE, SD, VT, WY. Hay un número muy reducido de farmacias con costos compartidos preferidos en las áreas urbanas de los siguientes estados: DE, MI, MN, ND; las áreas suburbanas de: MT y ND; y las áreas rurales de: ND. Es posible que los costos menores anunciados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso si hay farmacias preferidas con costos menores en su área, llame a Atención al cliente al 1-800-281-6918 (TTY: 711) o consulte el directorio de farmacias en línea en **[es-www.humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)**.

Todos los nombres de productos, logotipos, marcas y marcas registradas son propiedad de sus respectivos dueños, y cualquier uso no implica aprobación.

Más información a solo un clic de distancia

Visite es-www.humana.com/PlanDocuments para ver detalles adicionales de este plan, incluidos los beneficios y costos.

Si desea que se le envíe por correo una copia impresa de la Evidencia de cobertura, el Directorio de proveedores o la Guía de medicamentos, puede solicitarla en línea en el sitio web que se indica anteriormente, o llamar al **1-800-281-6918 (TTY: 711)**, las 24 horas, los siete días de la semana. Cuando llame, tenga preparada su tarjeta de identificación del afiliado de Humana. Cuando se le solicite el motivo por el cual ha llamado, diga "Evidencia de cobertura", "Guía de medicamentos" o "Directorio de proveedores".

Active su cuenta segura de MyHumana.

Su cuenta en línea de MyHumana es una parte importante de su afiliación a Humana. Utilícela para ver los detalles de este plan en cualquier momento y acceder a documentos importantes del plan en línea, todo en un solo lugar. Es fácil de usar y se adapta a sus necesidades.

¿Ya tiene una cuenta?

Visite es-www.humana.com/Member/ManageYourAccount e inicie sesión.

¿Todavía no tiene una cuenta?

Cree una utilizando el mismo enlace anterior en unos pocos minutos.

Recepción de información sobre otros productos de seguro

Como afiliado de Humana, podemos llamarle para ofrecerle otros productos relacionados con seguros. Puede excluirse de futuras llamadas usando el número de Atención al cliente que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.

Humana Inc.

P.O. Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

Información importante sobre este plan

es-www.humana.com