

Resumen de beneficios

HumanaChoice H5216-042 (PPO)

Texas

Determinados condados en Texas

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Texas: Anderson, Aransas, Armstrong, Atascosa, Austin, Bandera, Bee, Bexar, Callahan, Camp, Carson, Cherokee, Coleman, Collin, Colorado, Comal, Cooke, Dallas, Dawson, Deaf Smith, Delta, Denton, Dimmit, Eastland, Ector, Edwards, Ellis, Erath, Fannin, Fort Bend, Franklin, Frio, Gray, Grayson, Gregg, Guadalupe, Hardin, Harris, Harrison, Henderson, Hood, Howard, Jefferson, Jim Wells, Johnson, Jones, Kendall, Kinney, Kleberg, Liberty, Marion, Martin, Maverick, Medina, Midland, Montgomery, Morris, Navarro, Nueces, Orange, Palo Pinto, Panola, Polk, Potter, Randall, Real, Rockwall, Rusk, San Jacinto, San Patricio, Shackelford, Shelby, Smith, Tarrant, Taylor, Tyler, Upshur, Uvalde, Van Zandt, Victoria, Walker, Waller, Washington, Webb, Wharton, Wilson, Wood, Zavala.

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 **1-800-833-2364 (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 **1-800-833-2364 (TTY: 711)** para ver una copia de la Evidencia de cobertura.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que actualmente visita se encuentren en la red. Si no están en la lista, probablemente tenga que seleccionar un médico nuevo.
- 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 Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, póngase en contacto con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.
- Este plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar proveerle tratamiento. Los proveedores no contratados pueden negar el cuidado médico, excepto en una situación de emergencia o urgencia. Además, es posible que pague un copago/coseguro más alto por los servicios provistos de los proveedores no contratados.



Hablemos sobre HumanaChoice H5216-042 (PPO)

Obtenga más información sobre el plan HumanaChoice H5216-042 (PPO), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

HumanaChoice H5216-042 (PPO) es un plan PPO Medicare Advantage 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 HumanaChoice H5216-042 (PPO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nombre del plan

HumanaChoice H5216-042 (PPO)

Cómo contactarnos

Si usted es afiliado de este plan, llame sin costo al: **1-800-457-4708 (TTY: 711)**.

Si **no** es afiliado de este plan, llame sin costo al: **1-800-833-2364 (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 HumanaChoice H5216-042 (PPO)

¿Tiene Medicare y Medicaid? Si es beneficiario con doble elegibilidad inscrito tanto en Medicare como en el programa de Medicaid del estado, posiblemente no tenga que pagar los costos médicos indicados en este folleto, y los costos de medicamentos recetados también pueden 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.

Como afiliado, es buena idea seleccionar a un médico para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP). HumanaChoice H5216-042 (PPO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores.



Una asociación saludable

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



Prima mensual, deducible y límites

COSTOS DEL PLAN

Prima mensual del plan	\$60 Si recibe asistencia con la prima, es posible que se reduzca la prima de este plan. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	Deducible de \$0 para Nivel 1, Nivel 2, y Nivel 3 Deducible de \$250 para Nivel 4 y Nivel 5
Responsabilidad máxima de desembolso personal	\$6,750 dentro de la red \$9,000 combinado dentro y fuera de la red La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos durante el año.



Beneficios médicos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN		
Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía como paciente hospitalizado.	Copago de \$325 por día por los días 1 a 5 Copago de \$0 por día por los días 6 a 90	50% del costo
COBERTURA HOSPITALARIA AMBULATORIA		
Colonoscopia de diagnóstico	Copago de \$325	50% del costo
Mamografía de diagnóstico	Copago de \$75	50% del costo
Servicios de cirugía	Copago de \$350	50% del costo
CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA		
Servicios de colonoscopia de diagnóstico	Copago de \$275	50% del costo
Servicios de cirugía	Copago de \$290	50% del costo

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite es-www.humana.com/PAL.

Humana.



Beneficios médicos (cont.)

H5216042000

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
VISITAS AL MÉDICO		
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)		
• Consultorio de un PCP	Copago de \$5	50% del costo
• Telesalud	Copago de \$0	Sin cobertura
Consultorio del especialista		
• Consultorio del especialista	Copago de \$45	50% del costo
• Telesalud	Copago de \$45	Sin cobertura
CUIDADO PREVENTIVO		
Este plan cubre todos los servicios preventivos de Medicare, los cuales incluyen:	Copago de \$0	Copago de \$0 o 50% del costo, según el servicio y el lugar donde se provea
• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal		
• Prueba de detección y asesoramiento para abuso del alcohol		
• Consulta anual de bienestar (AWV, por sus siglas en inglés)		
• Medición de la masa ósea		
• Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)		
• Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular		
• Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular		
• Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal		
• Prueba de detección de cáncer colorrectal		
• Prueba de detección de la depresión		
• Pruebas de detección de la diabetes		

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite es-www.humana.com/PAL.



DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED

- **Capacitación para el automanejo de la diabetes**
- **Prueba de detección de glaucoma**
- **Prueba de detección de VIH**
- **Vacunas**
- **Prueba de detección de cáncer de pulmón**
- **Terapia de nutrición médica**
- **Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)**
- **Prueba de detección y terapia para la obesidad**
- **Prueba de detección de cáncer de próstata**
- **Examen físico rutinario**
- **Prueba de detección y asesoramiento para infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés)**
- **Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco**
- **Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"**

Estarán cubiertos todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato.

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite es-www.humana.com/PAL.

Humana.



Beneficios médicos (cont.)

H5216042000

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA		
<p>Servicios en casos de emergencia en la sala de emergencias</p> <p>Si está admitido al mismo hospital dentro de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo para el cuidado de emergencia.</p> <p>Cuando le colocan en estado de observación, el afiliado paga los costos compartidos de la observación en lugar de los costos compartidos en la sala de emergencias.</p>	Copago de \$125	Copago de \$125
<p>Servicios médicos y profesionales en la sala de emergencias</p>	Copago de \$0	Copago de \$0
SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA		
<ul style="list-style-type: none"> • Telesalud • Centro de cuidado de urgencia <p>Los servicios que se necesitan con urgencia se proveen para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata.</p>	<p>Copago de \$55</p> <p>Copago de \$55</p>	<p>Sin cobertura</p> <p>Copago de \$55</p>

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite es-www.humana.com/PAL.



	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES		
Servicios de imágenes avanzadas (MRI, MRA, PET y escaneo de CT)		
• Centro de radiología independiente	Copago de \$200	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$325	50% del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de \$200	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$200	50% del costo
Servicios de radiología básicos (radiografías)		
• Centro de radiología independiente	Copago de \$50	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$130	50% del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de \$5	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$45	50% del costo
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de \$55	50% del costo
Mamografía de diagnóstico		
• Centro de radiología independiente	Copago de \$80	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$45	50% del costo
Procedimientos y pruebas de diagnóstico		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$100	50% del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de \$5	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$45	50% del costo
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de \$55	50% del costo

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite es-www.humana.com/PAL.



Beneficios médicos (cont.)

H5216042000

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios de laboratorio		
• Laboratorio independiente	Copago de \$0	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$50	50% del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de \$0	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$0	50% del costo
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de \$55	50% del costo
Servicios y medicina nuclear		
• Centro de radiología independiente	Copago de \$270	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$325	50% del costo
Estudio del sueño		
• Hogar del afiliado	Copago de \$0	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$100	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$100	50% del costo
Radiología terapéutica (Radioterapia)		
• Centro de radiología independiente	20% del costo	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	20% del costo	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$40	50% del costo
SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN		
Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de \$45	50% del costo

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite es-www.humana.com/PAL.



	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<p>Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición</p>	<p>HER937</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. Copago de \$699 por cada audífono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído por año. Copago de \$999 por cada audífono de nivel Premium, hasta 1 por oído por año. <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultas de seguimiento ilimitadas al proveedor durante el primer año después de la compra del audífono TruHearing Período de prueba de 60 días Garantía extendida de 3 años 80 baterías por audífono para modelos no recargables Opciones de estilo recargable disponibles para audífonos Premium y Avanzados por \$50 adicionales por audífono <p>Debe consultar a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. Llame al 1-844-255-7144 para programar una cita (TTY 711).</p>	<p>Debe utilizarse el proveedor dentro de la red para este servicio. Si usted elige utilizar otro proveedor, usted es responsable de todos los cargos.</p>

SERVICIOS DENTALES

<p>Servicios dentales cubiertos por Medicare</p>	<p>Copago de \$45</p>	<p>50% del costo</p>
<p>Beneficio suplementario obligatorio de servicios dentales Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Las reclamaciones enviadas están sujetas a un</p>	<p>DEND31</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 para raspado y pulido radicular (limpieza profunda) hasta 1 por cuadrante cada 3 años. 	<p>DEND31</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 para raspado y pulido radicular (limpieza profunda) hasta 1 por cuadrante cada 3 años.

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite es-www.humana.com/PAL.



	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<p>proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica y antecedentes dentales para aprobar la cobertura. Es posible que los beneficios dentales conforme a este plan no cubran todos los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Americana (ADA). Los servicios recibidos que no estén enumerados no tendrán cobertura del plan y serán responsabilidad del afiliado. El afiliado es responsable de cualquier cantidad por encima del límite de cobertura dental. Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. La información sobre cada plan está disponible en es-www.humana.com/sb.</p> <p>Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios cubiertos a tarifas contratadas (según el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas negociadas (pero el pago de cualquier coseguro pertinente continúa siendo aplicable).</p> <p>Los dentistas fuera de la red no han aceptado proveer servicios a</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 para evaluación bucal integral o periodontal, ajuste oclusal, raspado para inflamación moderada hasta 1 cada 3 años. • Copago de \$0 para recementado de corona, radiografías panorámicas o radiografías de diagnóstico de hasta 1 cada 5 años. • Copago de \$0 para tratamiento de conducto radicular, nuevo tratamiento de conducto radicular hasta 1 por diente de por vida. • Copago de \$0 por radiografía de mordida, radiografías intrabucales de hasta 1 juego por año. • Copago de \$0 para ajustes a las dentaduras postizas, rebase de dentadura postiza, reparación de dentadura postiza, examen de diagnóstico de emergencia, acondicionamiento de tejido hasta 1 por año. • Copago de \$0 para el tratamiento de emergencia por dolor, cirugía bucal, examen bucal periódico, profilaxis (limpieza) hasta 2 por año. • Copago de \$0 para el mantenimiento periodontal hasta 4 por año. • Copago de \$0 por amalgama o empaste de resina compuesta, anestesia necesaria con servicio 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 para evaluación bucal integral o periodontal, ajuste oclusal, raspado para inflamación moderada hasta 1 cada 3 años. • Copago de \$0 para recementado de corona, radiografías panorámicas o radiografías de diagnóstico de hasta 1 cada 5 años. • Copago de \$0 para tratamiento de conducto radicular, nuevo tratamiento de conducto radicular hasta 1 por diente de por vida. • Copago de \$0 por radiografía de mordida, radiografías intrabucales de hasta 1 juego por año. • Copago de \$0 para ajustes a las dentaduras postizas, rebase de dentadura postiza, reparación de dentadura postiza, examen de diagnóstico de emergencia, acondicionamiento de tejido hasta 1 por año. • Copago de \$0 para el tratamiento de emergencia por dolor, cirugía bucal, examen bucal periódico, profilaxis (limpieza) hasta 2 por año. • Copago de \$0 para el mantenimiento periodontal hasta 4 por año. • Copago de \$0 por amalgama o empaste de resina compuesta, anestesia necesaria con servicio

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite es-www.humana.com/PAL.



DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<p>tarifas contratadas. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones de beneficios dentro de la red. El proveedor fuera de la red puede facturar a los afiliados cualquier cantidad superior al pago realizado por Humana al proveedor. Consulte a continuación las instrucciones para el localizador de proveedores. Los proveedores de la red aceptan facturarnos directamente a nosotros. Si un proveedor que no pertenece a nuestra red no está dispuesto a facturarnos directamente, es posible que usted tenga que pagar por adelantado y enviar una solicitud de reembolso. El nivel de coseguro se aplicará al cuadro de tarifas dentro de la red (INFS, por sus siglas en inglés) negociadas promedio en su área. Consulte el Capítulo 2, Solicitudes de pago - Información de contacto en su Evidencia de cobertura, o visite es-www.humana.com para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso.</p> <p>Cuando visite a un proveedor fuera de la red, puede haber una diferencia entre el reembolso de Humana y los cargos del</p>	<p>cubierto, extracción sencilla o quirúrgica, sin límites por año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30% del costo por dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales de hasta 1 cada 5 años. • 30% del costo por otros servicios de restauración, reconstrucción de muñón y poste y muñón prefabricado hasta 1 por diente de por vida. • 30% del costo al 40% del costo por la corona hasta 1 cada 5 años. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinados de \$1,500 por año para todos los beneficios de diagnóstico/preventivos e integrales.
	<p>cubierto, extracción sencilla o quirúrgica, sin límites por año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30% del costo por dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales de hasta 1 cada 5 años. • 30% del costo por otros servicios de restauración, reconstrucción de muñón y poste y muñón prefabricado hasta 1 por diente de por vida. • 30% del costo al 40% del costo por la corona hasta 1 cada 5 años. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinados de \$1,500 por año para todos los beneficios de diagnóstico/preventivos e integrales. • Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a los máximos, limitaciones o exclusiones de beneficios dentro de la red.

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite es-www.humana.com/PAL.



DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED

dentista. Los afiliados son responsables de esta diferencia cuando visitan a un proveedor fuera de la red; esto se conoce como facturación del saldo.

Encuentre un dentista en la red Humana Dental Medicare de todo el país en es-www.humana.com
> Encontrar cuidado

SERVICIOS PARA LA VISTA

Anteojos (después de una cirugía de cataratas)

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare

Copago de **\$0**

50% del costo

Servicios para la vista cubiertos por Medicare

Copago de **\$45**

50% del costo

Puede encontrar el localizador de proveedores de servicios para la vista cubiertos por Medicare en es-www.humana.com > Encontrar cuidado.

Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la vista

Se proveen los beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista a través de la red Humana Medicare Insight. Puede encontrar el localizador de proveedores en es-www.humana.com > Encontrar cuidado.

VIS751

- Copago de **\$0** por examen rutinario, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$75** por año para examen rutinario.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$100** por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) y ajustes para anteojos (lentes y monturas).

VIS751

- Copago de **\$0** por examen rutinario, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$75** por año para examen rutinario.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$100** por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) y ajustes para anteojos (lentes y monturas).

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite es-www.humana.com/PAL.



DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<ul style="list-style-type: none"> • O BIEN • cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$150 por año en proveedor de PLUS para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) y ajustes para anteojos (lentes y monturas). • Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año. • La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año. • No se pueden combinar las cantidades máximas de cobertura de beneficios. <p>Los proveedores PLUS forman parte de Humana Medicare Insight Network y aparecen en los resultados de búsqueda del localizador de proveedores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año. • La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año. • Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones o exclusiones de beneficios dentro de la red. • No se pueden combinar las cantidades máximas de cobertura de beneficios.

SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL

Paciente internado

Este plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico

Copago de **\$325** por día por los días 1 a 5
 Copago de **\$0** por día por los días 6 a 90

50% del costo

Consultas de terapia para la salud mental

- Hospital para pacientes ambulatorios
- Hospitalización parcial
- Consultorio del especialista

Copago de **\$100**

50% del costo

Copago de **\$45**

50% del costo

Copago de **\$30**

50% del costo

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite es-www.humana.com/PAL.

Humana.



Beneficios médicos (cont.)

H5216042000

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios ambulatorios para la farmacodependencia		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$100	50% del costo
• Hospitalización parcial	Copago de \$45	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$30	50% del costo
• Telesalud	Copago de \$30	Sin cobertura
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)		
Este plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF)	Copago de \$10 por día por los días 1 a 20 Copago de \$214 por día por los días 21 a 100	50% del costo por los días 1 a 100
AMBULANCIA		
Aérea	20% del costo	20% del costo
Terrestre	Copago de \$315 por fecha de servicio	Copago de \$315 por fecha de servicio
TRANSPORTE		
	Sin cobertura	
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE		
Es posible que algunos medicamentos de la Parte B reembolsables estén sujetos a un menor coseguro.		
Vacunas y sueros antialérgicos:		
• Consultorio de un PCP	Copago de \$0	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$0	50% del costo
Medicamentos para quimioterapia		
• Hospital para pacientes ambulatorios	20% del costo	50% del costo
• Consultorio del especialista	20% del costo	50% del costo

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite es-www.humana.com/PAL.



Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Otros medicamentos de la Parte B		
• Hospital para pacientes ambulatorios	20% del costo	50% del costo
• Consultorio de un PCP	20% del costo	50% del costo
• Farmacia	20% del costo	50% del costo
• Consultorio del especialista	20% del costo	50% del costo
Insulina de la Parte B		
• Hospital para pacientes ambulatorios	20% del costo	50% del costo
• Consultorio de un PCP	20% del costo	50% del costo
• Farmacia	20% del costo	50% del costo
• Consultorio del especialista	20% del costo	50% del costo
No pagará más de \$35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra este plan.		



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 para Nivel 1, Nivel 2, y Nivel 3
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
Suministro para 100 días	Suministro de hasta 100 días de medicamentos elegibles
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).

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite es-www.humana.com/PAL.

Humana.

DEDUCIBLE

Deducible de **\$0** para Nivel 1, Nivel 2, y Nivel 3. Este plan tiene un deducible de **\$250** para medicamentos Nivel 4 y Nivel 5. Usted pagará el costo total de estos medicamentos hasta que alcance **\$250**. Luego, solo paga su costo compartido.

COBERTURA INICIAL

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

Costos compartidos en farmacias

Días de suministro	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		Costos compartidos de pedido por correo estándar		Costos compartidos de pedido por correo preferido CenterWell Pharmacy™	
	30 días	100 días*	30 días	100 días*	30 días	100 días*
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$7	\$21	\$10	\$30	\$7	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$12	\$36	\$20	\$60	\$12	\$0
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$141	\$47	\$131
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	45%	45%	45%	45%	45%	45%
Nivel 5: Nivel de especialidad	30%	No aplica	30%	No aplica	30%	No aplica

Usted tiene varias opciones de surtir sus medicamentos recetados, incluidas las farmacias de pedido por correo y minoristas. CenterWell Pharmacy® es la farmacia preferida, de pedido por correo, de costo compartido 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 y otros pueden ser elegibles para un suministro de hasta 100 días.

No pagará más de **\$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto por el plan independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

Costos compartidos para insulina

Días del suministro	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		Costos compartidos de pedido por correo estándar		Costos compartidos de pedido por correo preferido CenterWell Pharmacy™	
	30 días	100 días*	30 días	100 días*	30 días	100 días*
Nivel 3: De marca preferidos	\$35	\$105	\$35	\$105	\$35	\$95
Nivel 5: Nivel de especialidad	\$35	No aplica	\$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 y otros pueden ser elegibles para un suministro de hasta 100 días.

COBERTURA CATASTRÓFICA

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

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 su beneficio para 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 de la red. 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.



Beneficios adicionales

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)	Copago de \$45 por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.	Copago de \$45 por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones del beneficio dentro de la red.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	Copago de \$15	50% del costo
Servicios de podología (cubiertos por Medicare)	Copago de \$45	50% del costo
EQUIPO / SUMINISTROS MÉDICOS		
Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)		
• Proveedor de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	20% del costo	50% del costo
• Farmacia	20% del costo	50% del costo
Suministros para el control de la diabetes		
• Proveedor para la diabetes	20% del costo	50% del costo
• Farmacia minorista de la red	10% del costo	50% del costo
• Proveedor preferido para la diabetes	Copago de \$0	Sin cobertura
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	20% del costo	50% del costo



Beneficios adicionales (Cont.)

Suministros médicos de un proveedor de suministros médicos	20% del costo	50% del costo
---	----------------------	----------------------

Prótesis y suministros relacionados de un proveedor de prótesis	20% del costo	50% del costo
--	----------------------	----------------------

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Servicios de rehabilitación cardíaca

• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$20	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$20	50% del costo

Terapia ocupacional

• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de \$25	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$25	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$25	50% del costo

Terapia física

• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de \$25	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$25	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$25	50% del costo

Servicios de rehabilitación pulmonar

• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$15	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$15	50% del costo

Terapia del habla

• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de \$25	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$25	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$25	50% del costo



Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para la enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés):

- | | | |
|--|-----------------------|----------------------|
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de \$15 | 50% del costo |
| • Consultorio del especialista | Copago de \$15 | 50% del costo |



Más beneficios de **este plan**

Disfrute de algunos de estos beneficios adicionales que incluye su plan. Este es un resumen de lo que cubrimos. No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de cobertura y servicios. Visite es-www.humana.com/PlanDocuments para ver una copia de la Evidencia de cobertura (EOC) o llame al **1-800-833-2364**.

Cobertura de viajes

La red nacional PPO le brinda cobertura dentro de la red en todo el país, así que puede ver a cualquier médico que acepte los términos y condiciones del plan. Podrá viajar con facilidad o dividir su tiempo entre ubicaciones. Visite es-www.humana.com o contacte con Atención al cliente al número que está al reverso de su tarjeta de identificación si necesita ayuda para buscar un proveedor de la red.

Programa de comidas Well Dine® de Humana

Copago de **\$0** por el programa de comidas Well Dine® de Humana.

Después de su hospitalización de paciente internado en un hospital o centro de enfermería, es posible que sea elegible para recibir 2 comidas entregadas a domicilio por día durante 7 días (hasta 14 comidas).

Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta de su hospitalización de paciente internado.

Límite de 4 veces por año.

Debe utilizarse el proveedor dentro de la red para este servicio. Si usted elige utilizar otro proveedor, es responsable de todos los cargos.

Recompensas e incentivos Go365® by Humana

Realice actividades saludables elegibles, como pruebas de detección y exámenes preventivos, y obtenga recompensas.

Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®

Viva una vida más saludable y más activa a través de acondicionamiento y conexión social en lugares participantes y en línea.

Debe utilizarse el proveedor dentro de la red para este servicio. Si usted elige utilizar otro proveedor, es responsable de todos los cargos.

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

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

Humana.

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



¿Necesita ayuda para encontrar un médico o una farmacia? Puede ver el **Directorio de proveedores y farmacias** de este plan en nuestro sitio web en **es-www.humana.com/Find-Care** o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos uno. Muchas listas de médicos incluyen una calificación Care Highlight®. Estas calificaciones en calidad clínica y eficacia en función del costo pueden ayudarle a tomar decisiones informadas sobre el cuidado de su salud. Las calificaciones solo aparecen cuando tenemos suficiente información para medir la calidad clínica y la eficacia en función del costo de un médico. Obtenga más información en **es-www.humana.com/CareHighlight**.



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

Las calificaciones de calidad clínica y eficacia en función del costo están disponibles en todos los estados, excepto Alaska. Las calificaciones no están disponibles para todos los médicos. Care Highlight está destinado únicamente con fines informativos. Los afiliados tienen acceso a todos los médicos en la red de Humana, independientemente de si el médico tiene una calificación Care Highlight o no. Las calificaciones no deben ser la única base para seleccionar un médico. Humana no otorga pagos basados en el desempeño a los médicos según estas calificaciones. Las calificaciones no garantizan la calidad ni el resultado de los servicios de cuidado de la salud.

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.

Los servicios de telesalud que se muestran son adicionales a los servicios de telesalud cubiertos por Medicare original. Su costo puede ser diferente para los servicios de telesalud de Medicare original. Las limitaciones para los servicios de telesalud, también conocidos como consultas virtuales o telemedicina, varían según el estado. Estos servicios no sustituyen el cuidado médico en casos de emergencia y no tienen como fin reemplazar a su proveedor de cuidado primario ni a otros proveedores de su red. Cualquier descripción de cuándo utilizar los servicios de telesalud tiene fines informativos únicamente y no debe interpretarse como asesoramiento médico. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener detalles adicionales sobre lo que podría cubrir este plan u otras reglas que podrían aplicarse.

Además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D, los planes pueden ofrecer los beneficios suplementarios.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación de tratar a los afiliados de Humana, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Humana.



Obtenga **más** información

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 **1-800-457-4708 (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