

# Resumen de beneficios

---

## **Humana Gold Plus H0028-059 (HMO)**

DFW

Área de Dallas

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Texas: Collin, Cooke, Dallas, Denton, Ellis, Johnson, Kaufman, Montague, Navarro, Parker, Rockwall, Tarrant, Wise.

## 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](http://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.
- Los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores) no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia o urgencia.



# Hablemos sobre Humana Gold Plus H0028-059 (HMO)

Obtenga más información sobre el plan Humana Gold Plus H0028-059 (HMO), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

Humana Gold Plus H0028-059 (HMO) es un plan HMO 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](https://www.humana.com/PlanDocuments).

## Para ser elegible

Para inscribirse en Humana Gold Plus H0028-059 (HMO), 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

Humana Gold Plus H0028-059 (HMO)

## 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](https://www.humana.com/Medicare)**

## Más información sobre Humana Gold Plus H0028-059 (HMO)

¿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 debe seleccionar a un médico dentro de la red dentro del área de servicio que se menciona en este documento para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Humana Gold Plus H0028-059 (HMO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.



### Una asociación saludable

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

**Humana.**



## Prima mensual, deducible y límites

<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$6</b> Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Si recibe asistencia con la prima, es posible que se reduzca la prima de este plan.
<b>Deducible médico</b>	Este plan no tiene deducible.
<b>Deducible de farmacia (Parte D)</b>	Deducible de <b>\$0</b> para Nivel 1, Nivel 2, y Nivel 3 Deducible de <b>\$200</b> para Nivel 4 y Nivel 5
<b>Responsabilidad máxima de desembolso personal</b>	<b>\$3,450</b> dentro de la red La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos durante el año.



## Beneficios médicos

### COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN

Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía como paciente hospitalizado

Copago de **\$225** por día por los días 1 a 5  
Copago de **\$0** por día por los días 6 a 90

### COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

**Colonoscopia de diagnóstico** Copago de **\$0**

**Mamografía de diagnóstico** Copago de **\$0**

**Servicios de cirugía** Copago de **\$225**

### CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA

**Colonoscopia de diagnóstico** Copago de **\$0**

**Servicios de cirugía** Copago de **\$115**

### VISITAS AL MÉDICO

**Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)**

- Consultorio de un PCP: Copago de **\$0**
- Telesalud: Copago de **\$0**

**Especialista**

- Consultorio de un especialista: Copago de **\$20**
- Telesalud: Copago de **\$20**

### CUIDADO PREVENTIVO

Este plan cubre todos los servicios preventivos de Medicare, los cuales incluyen:

- **Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal**

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](http://es-www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos (cont.)

- Prueba de detección y asesoramiento para abuso del alcohol
- Consulta de bienestar anual (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
- Prueba de detección de enfermedad cardiovascular
- Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal
- Prueba de detección de cáncer colorrectal
- Prueba de detección de la depresión
- Pruebas de detección de diabetes
- 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
- Examen de pruebas de detección de cáncer de próstata
- Examen físico rutinario
- Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoramiento
- 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](http://es-www.humana.com/PAL).*

**Humana.**



## Beneficios médicos (cont.)

H0028059000

### CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA

#### Servicios en casos de emergencia en la sala de emergencias Copago de **\$140**

Si está admitido al mismo hospital dentro de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo para el cuidado de emergencia.

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.

#### Servicios médicos y profesionales en la sala de emergencias Copago de **\$0**

### SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA

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.

- Telesalud: Copago de **\$65**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$65**

### SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES

- #### Servicios de imágenes avanzadas (MRI, MRA, PET y escaneo CT)
- Centro de radiología independiente: Copago de **\$200**
  - Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$325**
  - Consultorio de un PCP: Copago de **\$200**
  - Consultorio de un especialista: Copago de **\$200**

- #### Servicios de radiología básicos (radiografías)
- Centro de radiología independiente: Copago de **\$50**
  - Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$130**
  - Consultorio de un PCP: Copago de **\$0**
  - Consultorio de un especialista: Copago de **\$0**
  - Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$65**

- #### Mamografía de diagnóstico
- Centro de radiología independiente: Copago de **\$0**
  - Consultorio de un especialista: Copago de **\$0**

- #### Pruebas y procedimientos de diagnóstico
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$100**
  - Consultorio de un PCP: Copago de **\$0**
  - Consultorio de un especialista: Copago de **\$20**
  - Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$65**

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](http://es-www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos (cont.)

### Servicios de laboratorio

- Laboratorio independiente: Copago de **\$0**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$0**
- Consultorio de un PCP: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$0**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$65**

### Medicina y servicios nucleares

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$110**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$110**

### Estudio del sueño

- Hogar del afiliado: Copago de **\$0**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$100**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$100**

### Radiología terapéutica (Radioterapia)

- Centro de radiología independiente: **20%** del costo
- Hospital para pacientes ambulatorios: **20%** del costo
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$15**

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](http://es-www.humana.com/PAL).

**Humana.**



## SERVICIOS DE AUDICIÓN

### Servicios de la audición cubiertos por Medicare

Copago de **\$20**

#### Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición

Dentro de la red:

##### **HER957**

- Copago de **\$0** por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.
- Copago de **\$399** por cada audifono de nivel Estándar, hasta 1 por oído por año.
- Copago de **\$699** por audifono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído por año.
- Copago de **\$999** por cada audifono de nivel Premium, hasta 1 por oído por año.

La compra de audífonos incluye:

- Consultas de seguimiento ilimitadas al proveedor durante el primer año después de la compra del audifono TruHearing
- Período de prueba de 60 días
- Garantía extendida de 3 años
- 80 baterías por audifono para modelos no recargables
- Opciones de estilo recargable disponibles por **\$50** adicionales por audifono.

**Debe consultar a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. Llame al 1-844-255-7144 para programar una cita (para TTY, marque 711).**

## SERVICIOS DENTALES

### Servicios dentales cubiertos por Medicare

Copago de **\$20**

#### Beneficio suplementario obligatorio dental

Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Las reclamaciones enviadas están sujetas a un 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

Dentro de la red:

##### **DEND16**

- Copago de **\$0** para raspado y pulido radicular (limpieza profunda) hasta 1 por cuadrante cada 3 años.
- 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.

*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](http://es-www.humana.com/PAL).*





## Beneficios médicos (cont.)

no utilizada al final del año vencerá. La información sobre cada plan está disponible en [es-www.humana.com/sb](http://es-www.humana.com/sb).

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).

Encuentre un dentista en la red Humana Dental Medicare por todo el país en [es-www.humana.com](http://es-www.humana.com)  
> Encontrar cuidado.

- 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 cubierto, extracción sencilla o quirúrgica, sin límites por año.
- **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 de **\$3,500** por año para todos los beneficios de diagnóstico/preventivos e integrales.

### SERVICIOS PARA LA VISTA

<b>Anteojos (después de una cirugía de cataratas)</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare</b>	Copago de <b>\$0</b>

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](http://es-www.humana.com/PAL).

**Humana.**



### Servicios para la vista cubiertos por Medicare

Puede encontrar el localizador de proveedores de servicios para la vista cubiertos por Medicare en [es-www.humana.com](http://es-www.humana.com) > Encontrar cuidado.

Copago de **\$20**

### Beneficio suplementario obligatorio para la vista

Los beneficios suplementarios obligatorios para la vista se proveen a través de la red Humana Medicare Insight. Puede encontrar el localizador de proveedores en [es-www.humana.com](http://es-www.humana.com) > Encontrar cuidado.

Dentro de la red

#### **VIS754**

- Copago de **\$0** por examen rutinario, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$250** por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) y ajustes para anteojos (lentes y monturas).
- O BIEN
- cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$300** 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.
- Los montos máximos de cobertura de beneficios no se pueden combinar.

Los proveedores PLUS forman parte de Humana Medicare Insight Network y aparecen en los resultados de búsqueda del localizador de proveedores.

*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](http://es-www.humana.com/PAL).*



## Beneficios médicos (cont.)

### SERVICIOS DE LA SALUD MENTAL

#### Pacientes internados

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

Copago de **\$225** por día por los días 1 a 5  
Copago de **\$0** por día por los días 6 a 90

#### Consultas de terapia para la salud mental

- Hospitales para pacientes ambulatorios: Copago de **\$100**
- Hospitalización parcial: Copago de **\$55**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$20**

#### Servicios ambulatorios para la farmacodependencia

- Hospitales para pacientes ambulatorios: Copago de **\$100**
- Hospitalización parcial: Copago de **\$55**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$20**
- Telesalud: Copago de **\$20**

### CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)

Este plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)

Copago de **\$20** por día por los días 1 a 20  
Copago de **\$214** por día por los días 21 a 100

### AMBULANCIA

#### Aérea

**20%** del costo

#### Terrestre

Copago de **\$315** por fecha de servicio

### TRANSPORTE

El afiliado *debe* comunicarse con el proveedor de transporte para organizar el transporte y debería comunicarse con Atención al cliente para ser dirigido al proveedor específico de su plan

Copago de **\$0** para localidades aprobadas por el plan, hasta 60 viajes sencillos por año. Este beneficio no debe exceder las 50 millas por viaje.

### 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**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$0**

#### Medicamentos para la quimioterapia

- Hospital para pacientes ambulatorios: **20%** del costo
- Consultorio de un especialista: **20%** 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](http://es-www.humana.com/PAL).

**Humana.**



## Beneficios médicos (cont.)

### Otros medicamentos de la Parte B

- Hospital para pacientes ambulatorios: **20%** del costo
- Consultorio de un PCP: **20%** del costo
- Farmacia: **20%** del costo
- Consultorio de un especialista: **20%** del costo

### Insulina de la Parte B

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

- Hospital para pacientes ambulatorios: **20%** del costo
- Consultorio de un PCP: **20%** del costo
- Farmacia: **20%** del costo
- Consultorio de un especialista: **20%** del costo



## 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 de 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).

### DEDUCIBLE

Deducible de **\$0** para Nivel 1, Nivel 2, y Nivel 3. Este plan tiene un deducible de **\$200** para medicamentos Nivel 4 y Nivel 5. Usted paga el costo total de estos medicamentos hasta que alcance **\$200**. Luego, usted solo paga su costo compartido.

### 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.

*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](http://www.humana.com/PAL).*

**Costos compartidos en farmacias**

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*
<b>Nivel 1:</b> Genéricos preferidos	\$0	\$0	\$10	\$30	\$0	\$0
<b>Nivel 2:</b> Genéricos	\$9	\$27	\$20	\$60	\$9	\$0
<b>Nivel 3:</b> De marca preferidos	\$45	\$135	\$47	\$141	\$45	\$125
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos no preferidos	34%	34%	34%	34%	34%	34%
<b>Nivel 5:</b> Nivel de especialidad	30%	No aplica	30%	No aplica	30%	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](http://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 nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido, 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*
<b>Nivel 3:</b> De marca preferidos	\$35	\$105	\$35	\$105	\$35	\$95
<b>Nivel 5:</b> Nivel de especialidad	\$35	No aplica	\$35	No aplica	\$35	No aplica

**Humana.**

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. Para encontrar cuáles farmacias están disponibles en nuestra red, visite [es-www.humana.com/pharmacyfinder](https://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 gastos totales de desembolso personal alcancen **\$2,000**, usted paga **\$0** por los 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 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 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

<b>Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)</b>	Copago de <b>\$20</b> por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.
<b>Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)</b>	Copago de <b>\$20</b>
<b>Servicios de podología (cubiertos por Medicare)</b>	Copago de <b>\$20</b>



## Beneficios adicionales (Cont.)

### EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS

<b>Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): <b>20%</b> del costo</li> <li>• Farmacia: <b>20%</b> del costo</li> </ul>
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor para la diabetes: <b>20%</b> del costo</li> <li>• Farmacia minorista de la red: <b>10%</b> del costo</li> <li>• Proveedor preferido para la diabetes: Copago de <b>\$0</b></li> </ul>
<b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de DME: <b>20%</b> del costo</li> </ul>
<b>Suministros médicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de suministros médicos: <b>20%</b> del costo</li> </ul>
<b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de prótesis: <b>20%</b> del costo</li> </ul>

### SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de <b>\$20</b></li> <li>• Consultorio de un especialista: Copago de <b>\$20</b></li> </ul>
<b>Terapia ocupacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de <b>\$25</b></li> <li>• Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de <b>\$25</b></li> <li>• Consultorio de un especialista: Copago de <b>\$25</b></li> </ul>
<b>Terapia física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de <b>\$25</b></li> <li>• Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de <b>\$25</b></li> <li>• Consultorio de un especialista: Copago de <b>\$25</b></li> </ul>
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de <b>\$20</b></li> <li>• Consultorio de un especialista: Copago de <b>\$20</b></li> </ul>
<b>Terapia del habla</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de <b>\$25</b></li> <li>• Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de <b>\$25</b></li> <li>• Consultorio de un especialista: Copago de <b>\$25</b></li> </ul>
<b>Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para la enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de <b>\$20</b></li> <li>• Consultorio de un especialista: Copago de <b>\$20</b></li> </ul>



## 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](http://es-www.humana.com/PlanDocuments) para ver una copia de la Evidencia de cobertura (EOC) o llame al **1-800-833-2364**.

### **Beneficio de viajes HMO**

Los afiliados pueden recibir beneficios dentro de la red cuando los servicios se reciben a través de un proveedor participante de la red nacional de Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) cuando están de viaje en otros estados y Puerto Rico.

Usted debe elegir a un médico de la red dentro del área de servicio mencionado en este documento para actuar como su Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).

### **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.

### **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.







## 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](http://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



¿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](https://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](https://es-www.humana.com/CareHighlight)**.



Puede ver la **Guía de medicamentos** de este plan en nuestro sitio web en **[es-www.humana.com/medicaredruglist](https://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.

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](http://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](http://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](http://es-www.humana.com)