

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus H1036-305 (HMO)

Sur de Florida
Condados de Broward, Miami-Dade y Palm Beach

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Florida: Broward, Miami-Dade, Palm Beach.

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 **espanol.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 con los que consulta ahora estén 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

- 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 2025.
- 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 H1036-305 (HMO)

Obtenga más información sobre el plan Humana Gold Plus H1036-305 (HMO), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

Humana Gold Plus H1036-305 (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, espanol.humana.com/plandocuments.

H1036305000

Para ser elegible

Para inscribirse en Humana Gold Plus H1036-305 (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 H1036-305 (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:

espanol.humana.com/medicare

Más información sobre Humana Gold Plus H1036-305 (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 en su área de servicio que se menciona en este documento para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP). Humana Gold Plus H1036-305 (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 su plan — con servicios y recursos adicionales que le provee Humana!

Humana.



Prima mensual, deducible y límites

H1036305000

Prima mensual del plan	\$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Reducción en la prima de la Parte B	Su plan reducirá su prima mensual de la Parte B hasta \$150 pero por no más de la prima de la Parte B de Medicare Original para el 2024.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	Este plan tiene un deducible de \$0 .
Responsabilidad máxima de desembolso personal	\$3,200 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 y hospitalarios cubiertos

CUIDADO DE HOSPITALIZACIÓN

Su plan cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía como paciente hospitalizado Copago de **\$200** por día por los días 1 a 7
Copago de **\$0** por día por los días 8 a 90

COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Los servicios enumerados a continuación también pueden estar cubiertos en otros lugares de tratamiento. Consulte los servicios específicos enumerados en este documento para obtener información adicional.

Servicios de imágenes avanzadas (MRI, MRA, PET y escaneo CT)	Copago de \$250
Servicios de radiología básica (radiografías)	Copago de \$100
Servicios de rehabilitación cardíaca	Copago de \$20
Medicamentos quimioterapéuticos	20% del costo
Colonoscopia de diagnóstico	Copago de \$0
Mamografía de diagnóstico	Copago de \$0
Pruebas y procedimientos de diagnóstico - otros	Copago de \$100
Tratamiento con oxígeno hiperbárico	Copago de \$100
Servicios de laboratorio	Copago de \$50
Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare	20% del costo
Servicios para la salud mental	Copago de \$100
Servicios de medicina nuclear	Copago de \$250
Terapia ocupacional	Copago de \$20

Si su proveedor de cuidado primario (PCP) trabaja con su plan para coordinar el cuidado que necesita con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

H1036305000

Servicios de programa de tratamiento con opioides	Copago de \$100
Terapia física	Copago de \$20
Servicios de rehabilitación pulmonar	Copago de \$20
Servicios de diálisis renal	20% del costo
Estudio del sueño (en un centro)	Copago de \$100
Terapia del habla	Copago de \$20
Servicios de farmacodependencia	Copago de \$100
Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés)	Copago de \$20
Servicios de cirugía	Copago de \$250
Radiología terapéutica (Radioterapia)	20% del costo
Cuidado de heridas	Copago de \$85
CENTRO QUIRÚRGICO AMBULATORIO	
Colonoscopia de diagnóstico	Copago de \$0
Servicios de cirugía	Copago de \$180
VISITAS AL CONSULTORIO	
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	Copago de \$0
Especialista	Copago de \$20

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina “referido”. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina “autorización previa” o “preautorización”. Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

Humana



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

CUIDADO PREVENTIVO

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo cuando usted consulta a un proveedor dentro de la red, que incluyen:

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- 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 de útero y vaginal
- Prueba de detección de cáncer colorrectal
- Prueba de detección de la depresión
- Prueba de detección de diabetes
- Capacitación para el automejoramiento 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 (PSA, por sus siglas en inglés)
- 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" (que se realiza una sola vez)

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

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesita con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

H1036305000

CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA

Servicios en casos de emergencia en la sala de emergencias

Copago de **\$100**

Si usted es admitido en el hospital dentro de las primeras 24 horas, no tiene que pagar la parte del costo que le corresponde por el cuidado médico en casos de emergencia.

Servicios médicos y profesionales en la sala de emergencias

Copago de **\$0**

SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA

Copago de **\$20** en un centro de cuidado de 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.

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO Y IMÁGENES

Servicios de imágenes avanzadas (MRI, MRA, PET y escaneo CT)

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$180**
- Consultorio del médico de cuidado primario: Copago de **\$180**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$180**

Servicios de radiología básicos (radiografías)

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$0**
- Consultorio del médico de cuidado primario: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$20**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$20**

Colonoscopia de diagnóstico

- Centro quirúrgico ambulatorio: Copago de **\$0**

Mamografía de diagnóstico

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

Pruebas y procedimientos de diagnóstico

- Consultorio del médico de cuidado primario: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$20**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$20**

Servicios de laboratorio

- Laboratorio independiente: Copago de **\$0**
- Consultorio del médico de cuidado primario: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$0**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$20**

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesita con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina “referido”. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina “autorización previa” o “preautorización”. Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

Humana



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

H1036305000

Medicina y servicios nucleares

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$50**

Estudio del sueño

- Hogar del afiliado: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$100**

Radiología terapéutica (Radioterapia)

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$20**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$20**

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:

HER751

- Copago de **\$0** por ajuste/evaluación, exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$500** para cada audífono (de todo tipo), hasta 1 por oído por año.
- Tenga en cuenta: Incluye un suministro de baterías para 1 mes y garantía de 2 años.

Puede encontrar la ubicación de proveedores para servicios auditivos rutinarios en
espanol.humana.com > Encontrar un médico > Médico >Ingrese el código postal > Seleccione el tipo de búsqueda > Seleccione Medicare > Seleccione la red (el nombre de su plan) > Seleccione > Seleccione la categoría "Nombre" > HearUSA > Buscar > aparecen los proveedores de HearUSA.

SERVICIOS DENTALES

Servicios dentales cubiertos por Medicare

Copago de **\$20**

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesita con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina “referido”. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina “autorización previa” o “preautorización”. Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

Beneficio suplementario obligatorio dental

Los costos compartidos que se indican a continuación son lo que usted paga por el servicio cubierto.

Dentro de la red:

DEN617

- Coseguro del **0%** del costo por evaluación oral integral o examen periodontal, hasta 1 cada 3 años.
- Coseguro del **0%** del costo por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años.
- Coseguro del **0%** del costo por radiografías de mordida, radiografías intraorales, hasta 1 juego(s) por año.
- Coseguro del **0%** del costo por examen diagnóstico de emergencia, hasta 1 por año.
- Coseguro del **0%** del costo por tratamiento con flúor, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.
- Coseguro del **0%** del costo por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.
- Coseguro del **0%** del costo por anestesia necesaria con servicios cubiertos, sin límite por año.
- Copago de **\$25** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años.
- Copago de **\$25** por raspado por inflamación moderada, hasta 1 cada 3 años.
- Copago de **\$25** por recementado de coronas, hasta 1 cada 5 años.
- Copago de **\$25** por tratamiento de emergencia para el dolor, hasta 2 por año.
- Copago de **\$25** por diente por empaste de amalgama y/o de resina compuesta, extracción simple o quirúrgica, sin límite por año.
- Coseguro del **50%** del costo por ajustes oclusales, hasta 1 cada 3 años.
- Coseguro del **50%** del costo por dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales, hasta 1 cada 5 años.

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesita con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina “referido”. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina “autorización previa” o “preautorización”. Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

H1036305000

- Coseguro del **50%** del costo por corona, otros servicios de restauración: reconstrucción de muñón y poste y muñón prefabricados, conducto radicular, retratamiento de conducto radicular, hasta 1 por diente de por vida.
- Coseguro del **50%** del costo por ajustes en dentaduras postizas, rebasado de dentaduras postizas, revestimiento de dentaduras postizas, reparación de dentaduras postizas, acondicionamiento de tejidos, hasta 1 por año.
- Coseguro del **50%** del costo por cirugía oral, hasta 2 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$1,000** por año para los beneficios preventivos e integrales.

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 no utilizada al final del año vencerá. La información sobre cada plan está disponible en espanol.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 del coseguro continúa siendo aplicable).

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesita con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina “referido”. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina “autorización previa” o “preautorización”. Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

H1036305000

Utilice la red Florida GoldPlus Dental para los beneficios dentales suplementarios obligatorios. Puede encontrar el localizador de proveedores en espanol.humana.com > "Encontrar un médico" > en el menú desplegable Tipo de búsqueda, seleccione "Planes dentales" > bajo Tipo de cobertura, seleccione "Todas las redes dentales" > ingrese el código postal > en el menú desplegable de la red, seleccione Florida GoldPlus Dental.

SERVICIOS PARA LA VISTA

Anteojos (después de una cirugía de cataratas)	Copago de \$0
Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare	Copago de \$0
Servicios para la vista cubiertos por Medicare	Copago de \$20
Beneficio suplementario obligatorio para la vista	Dentro de la red VIS131 <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$0 por examen rutinario, hasta 1 por año.• Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$200 por año para lentes de contacto, anteojos-lentes y monturas, ajustes para anteojos-lentes y monturas o 2 pares de anteojos seleccionados sin costo.• Los anteojos incluyen un filtro de protección ultravioleta y una capa contra rayaduras.

SERVICIOS DE LA SALUD MENTAL

Pacientes internados Su plan cubre hasta 190 días de por vida para el cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Copago de \$200 por día por los días 1 a 7 Copago de \$0 por día por los días 8 a 90
Consultas de terapia	<ul style="list-style-type: none">• Hospitalización parcial: Copago de \$20• Consultorio de un especialista: Copago de \$20

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)

Su plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)	Copago de \$0 por día por los días 1 a 20 Copago de \$60 por día por los días 21 a 100
---	---

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesita con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

Humana



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

H1036305000

TERAPIA FÍSICA

Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de \$20
Consultorio del especialista	Copago de \$20

AMBULANCIA

Aérea	20% del costo
Terrestre	Copago de \$200 por fecha de servicio

TRANSPORTE

	Copago de \$0 para localidades aprobadas por el plan, sin límite de viajes sencillos por año. Este beneficio ofrece millas ilimitadas por viaje. El afiliado <i>debe</i> 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.
--	---

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B

Vacunas y sueros antialérgicos	<ul style="list-style-type: none">Consultorio del médico de cuidado primario: Copago de \$0Consultorio de un especialista: Copago de \$0
Medicamentos quimioterapéuticos	<ul style="list-style-type: none">Consultorio de un especialista: 20% del costo
Otros medicamentos de la Parte B Es posible que algunos medicamentos de la Parte B reembolsables estén sujetos a un menor coseguro. Usted no paga más de \$35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) para todas las insulinas de la Parte B cubiertas por nuestro plan, y si su plan tiene un deducible no se aplica a la insulina de la Parte B.	<ul style="list-style-type: none">Farmacia: 20% del costoConsultorio del médico de cuidado primario: 20% del costoConsultorio de un especialista: 20% del costo

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina “referido”. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina “autorización previa” o “preautorización”. Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.



Beneficios de medicamentos recetados

H1036305000

ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN

Copagos de \$0	Copagos de \$0 en farmacias y niveles seleccionados. Más detalles a continuación
Deductible	Deductible de \$0
Costos para insulina	No pagará más de \$35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra su plan
Cobertura adicional para períodos sin cobertura	Cobertura adicional durante el período sin cobertura para lo siguiente: Insulina
Cobertura de medicamentos excluidos	Cobertura de medicamentos adicional para lo siguiente: Medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés) Vitaminas recetadas
Vacunas de \$0	Copago de \$0 por las vacunas cubiertas de la Parte D para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés).

DEDUCIBLE

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

COBERTURA INICIAL

Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales de medicamentos durante el año lleguen a **\$5,030**. Los costos totales de medicamentos durante el año son los costos totales de medicamentos que pagan ambos, usted y nuestro plan. Una vez que llegue a esta cantidad, ingresará en el Período sin cobertura.

Humana

Costos compartidos en farmacias

	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		Costos compartidos de envío por correo estándar		Costos compartidos de pedido por correo preferido CenterWell Pharmacy™	
Días del suministro	30 días	90 días*	30 días	90 días*	30 días	90 días*
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0	\$0	\$5	\$15	\$0	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$0	\$0	\$20	\$60	\$0	\$0
Nivel 3: De marca preferidos	\$40	\$120	\$47	\$141	\$40	\$110
Nivel 4: No preferidos	\$80	\$240	\$100	\$300	\$80	\$230
Nivel 5: Nivel de especialidad	33%	No aplica	33%	No aplica	33%	No aplica

Hay otras farmacias disponibles en su red. Para encontrar cuáles farmacias están disponibles en su red, visite Humana.com/pharmacyfinder.

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

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

Costos compartidos para insulina

	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™	
Días del suministro	30 días	90 días*	30 días	90 días*	30 días	90 días*
Nivel 2: Genéricos	\$0	\$0	\$20	\$60	\$0	\$0
Nivel 3: De marca preferidos	\$35	\$105	\$35	\$105	\$35	\$105
Nivel 5: Nivel de especialidad	\$35	No aplica	\$35	No aplica	\$35	No aplica

Hay otras farmacias disponibles en su red. Para encontrar cuáles farmacias están disponibles en su red, visite Humana.com/pharmacyfinder.

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

PERÍODO SIN COBERTURA

Cuando ingresa al período sin cobertura, usted paga el **25 por ciento** de los costos del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el **25 por ciento** de los costos del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus gastos de desembolso personal totales sumen **\$8,000**, momento en el que finaliza el período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.

Con este plan, **es posible que pague aún menos** por lo siguiente:

Nivel 2 (Genéricos) - Insulina

Nivel 3 (De marca preferidos) - Insulina

Nivel 5 (De especialidad) - Insulina

Para obtener más información sobre los costos compartidos en el período sin cobertura, llámenos o consulte su Evidencia de cobertura en línea.

COBERTURA CATASTRÓFICA

Después de que sus costos anuales de desembolso alcancen **\$8,000**, usted paga **\$0** por los medicamentos cubiertos por el plan de la Parte D y excluidos.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

Medicamentos para la disfunción eréctil Con cobertura por la cantidad de costos compartidos del Nivel 1.

Vitaminas recetadas Con cobertura por la cantidad de costos compartidos del Nivel 1.

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 **\$8,000**, pagará una de los siguientes según su nivel de "Ayuda adicional":

- **\$4.50** por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; **\$11.20** por cualquier otro medicamento; O
- **\$1.55** por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; **\$4.60** por cualquier otro medicamento; O
- **\$0** por todos los medicamentos

Después de alcanzar su límite anual de desembolso personal de **\$8,000**, 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, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. 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	
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	Copago de \$20
Servicios de podología (cubierto por Medicare)	Copago de \$20
Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)	Copago de \$20 por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.
EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS	
Suministros para el control de la diabetes	<ul style="list-style-type: none">Proveedor para la diabetes: 20% del costoFarmacia minorista de la red: Copago de \$0Proveedor preferido para la diabetes: Copago de \$0
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados - Costo alto	<ul style="list-style-type: none">Proveedor de equipo médico duradero: 20% del costo
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados - Todos los demás	<ul style="list-style-type: none">Proveedor de equipo médico duradero: 20% del costo
Suministros médicos	<ul style="list-style-type: none">Proveedor de suministros médicos: Copago de \$0
Dispositivos protésicos y suministros relacionados	<ul style="list-style-type: none">Proveedor de prótesis: Copago de \$0
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	
Servicios de rehabilitación cardíaca	<ul style="list-style-type: none">Consultorio de un especialista: Copago de \$20
Terapia ocupacional	<ul style="list-style-type: none">Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de \$20Consultorio de un especialista: Copago de \$20
Terapia física	<ul style="list-style-type: none">Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de \$20Consultorio de un especialista: Copago de \$20
Servicios de rehabilitación pulmonar	<ul style="list-style-type: none">Consultorio de un especialista: Copago de \$20

Terapia del habla

- Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de **\$20**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$20**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$20**

Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para la enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés)**SERVICIOS DE TELESALUD (además de Medicare original)**

Consultorio de un médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de **\$0**

Especialista Copago de **\$20**

Servicios para la salud del comportamiento y por farmacodependencia Copago de **\$0**

Servicios de cuidado de urgencia Copago de **\$20**



Más beneficios de su 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 espanol.humana.com/plandocuments para ver una copia de la Evidencia de cobertura (EOC) o llame al **1-800-833-2364**.

Cuidado rutinario de los pies

Copago de **\$20** por consulta rutinaria de podología, sin límite de consultas por año.

Programa de comidas preparadas, NationsMarket® Fresh

El programa de envío de comidas recién preparadas a domicilio de Humana para afiliados después de una estadía como paciente internado en el hospital o un centro de enfermería.

Pedido por correo de productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)

Subsidio trimestral de **\$60** para comprar productos de venta sin receta aprobados para la salud y el bienestar disponibles a través de nuestro proveedor de pedidos por correo OTC.

La cantidad no utilizada se transfiere al siguiente trimestre y vence al final del año del plan.

- Los montos de los subsidios trimestrales están disponibles para usar a principios de enero, abril, julio y octubre.
- Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones.

Recompensas e incentivos

Go365 by Humana®, un programa de recompensas e incentivos por completar ciertos exámenes de salud preventivos y actividades de salud y bienestar.

Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®

Membresía básica en un centro de acondicionamiento físico con clases de acondicionamiento físico en persona y digitales incluidas.

Importante

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión o idioma. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618.
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-877-320-1235** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su portal de quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California): **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

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

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

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 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي سؤال تتعلق بخطتنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-320-1235 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुर्भाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुर्भाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

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

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

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

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。



Obtenga más información



Puede ver el **directorío de proveedores y farmacias** de nuestro plan en nuestro sitio web en humana.com/finder/search o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos uno.



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

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

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 su 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.

El beneficio de reducción de la prima de la Parte B paga parte o la totalidad de su prima de la Parte B y el monto puede cambiar según el monto que pague por la Parte B.

La información que necesita está a solo un clic de distancia

Visite Humana.com/PlanDocuments para consultar los detalles de su 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 Lista de medicamentos, puede solicitarla en línea en el sitio web que se indica arriba, 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", "Lista 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 su 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 Humana.com/MyHumanaPlan e inicie sesión.

¿Todavía no tiene una cuenta?

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

Complete su Evaluación de salud de Medicare

Responda nueve preguntas sencillas sobre su salud. Sus respuestas nos ayudarán a orientarle hacia las herramientas y los recursos de su plan que pueden ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud y vivir como usted desea.

Dos opciones sencillas

Llame a nuestro servicio de voz automatizado al **888-445-3379 (TTY: 711)**. Tenga a mano su número de identificación del afiliado de ocho dígitos, que se encuentra en la parte de adelante de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

O BIEN, inicie sesión en su cuenta de MyHumana.

Recepción de información sobre otros productos de seguro

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

Humana.

Humana Inc.

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

Información importante sobre su plan

espanol.humana.com

H1036_SB_MAPD_HMO_305000_2024_SP_M