

# Un vistazo a los beneficios para 2018

## Humana Gold Plus® H1036-151 (HMO) Jackson

| Costos del plan                                                                                                                 |  | Dentro de la red                                                                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Prima mensual del plan                                                                                                          |  | \$24                                                                                    |  |
| Máximo de desembolso personal anual                                                                                             |  | \$6,700                                                                                 |  |
| Visitas al consultorio                                                                                                          |  |                                                                                         |  |
| Proveedor de cuidado primario (PCP)                                                                                             |  | Copago de \$0                                                                           |  |
| Especialista                                                                                                                    |  | Copago de \$40                                                                          |  |
| Cuidado preventivo                                                                                                              |  |                                                                                         |  |
| Incluye: pruebas de detección cubiertas por Medicare                                                                            |  | Cubierto sin costo cuando consulta a un proveedor dentro de la red                      |  |
| Cuidado de hospitalización                                                                                                      |  |                                                                                         |  |
| Cuidado de hospitalización para afecciones agudas                                                                               |  | Copago de \$295 por día por los días 1 a 6<br>Copago de \$0 por día por los días 7 a 90 |  |
| Servicios en casos de emergencia                                                                                                |  |                                                                                         |  |
| Servicios que se necesitan con urgencia                                                                                         |  | Copago de \$35                                                                          |  |
| Servicios de ambulancia terrestre                                                                                               |  | \$265 por fecha de servicio                                                             |  |
| Sala de emergencias                                                                                                             |  | Copago de \$80                                                                          |  |
| Cuidado ambulatorio                                                                                                             |  |                                                                                         |  |
| Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria                                                                         |  | Copago de \$245                                                                         |  |
| Terapia física en un centro de terapia                                                                                          |  | Copago de \$15                                                                          |  |
| Radiografías en un centro hospitalario ambulatorio                                                                              |  | Copago de \$50                                                                          |  |
| Pruebas de diagnóstico en un centro hospitalario ambulatorio                                                                    |  | Copago de \$50                                                                          |  |
| Servicios de laboratorio                                                                                                        |  |                                                                                         |  |
| Pruebas de laboratorio de un laboratorio                                                                                        |  | Copago de \$0                                                                           |  |
| Pruebas de laboratorio de un centro hospitalario ambulatorio                                                                    |  | Copago de \$40                                                                          |  |
| Medicamentos recetados                                                                                                          |  |                                                                                         |  |
| Deducible de farmacia                                                                                                           |  | \$400 solo se aplica a Nivel 4, Nivel 5                                                 |  |
| Suministro de 30 días de farmacias minoristas con costos compartidos preferidos<br>Nivel 1/ Nivel 2/ Nivel 3/ Nivel 4/ Nivel 5  |  | Copago de \$5/Copago de \$15/Copago de \$47/Copago de \$99/25% del costo                |  |
| Suministro de 90 días de farmacias de pedido por correo con costos compartidos preferidos<br>Nivel 1/ Nivel 2/ Nivel 3/ Nivel 4 |  | Copago de \$0/Copago de \$0/Copago de \$131/Copago de \$287                             |  |

Continuación:

## Beneficios y programas adicionales

|                                                                                                                                         |                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Go365™ de Humana                                                                                                                        | Recompensas por completar actividades/pruebas de detección preventivas relacionadas con la salud              |
| Servicios dentales rutinarios                                                                                                           | Incluido- podrían aplicarse costos compartidos. Para obtener más detalles, consulte el Resumen de beneficios. |
| Servicios rutinarios para la vista                                                                                                      | Incluido- podrían aplicarse costos compartidos. Para obtener más detalles, consulte el Resumen de beneficios. |
| Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®                                                                                    | Incluido                                                                                                      |
| Subsidio para medicamentos y suministros de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) a través del servicio de pedido por correo | Copago de \$0; hasta \$45 cada 3 meses                                                                        |
| Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas HumanaFirst                                                                           | Incluido                                                                                                      |

Si tiene preguntas y está afiliado a Humana, contacte a Atención al cliente al **1-800-457-4708** (TTY: **711**). Si no está afiliado a Humana actualmente, contacte a un agente de ventas certificado de Humana al **1-844-775-9622** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre de 2017 al 14 de febrero de 2018, y de lunes a viernes el resto del año.

Humana es un plan Medicare Advantage HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan de Humana depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Póngase en contacto con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, la prima y/o los costos compartidos del afiliado pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.



## La discriminación es contra la ley

**Humana, Inc. y sus subsidiarias** cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. y sus subsidiarias no excluyen a nadie, ni los tratan de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

**Humana Inc. y sus subsidiarias** proporcionan:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-800-281-6918 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que **Humana Inc. y sus subsidiarias** han fallado en proveer estos servicios o le han discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances  
P.O. Box 14618  
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-800-281-6918 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el **Departamento de Salud y Servicios Humanos**, 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>, por correo postal o por teléfono al:

**U.S. Department of Health and Human Services**  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

**1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Multi-Language Interpreter Services

**English: ATTENTION:** If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**Español (Spanish): ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**繁體中文 (Chinese): 注意：**如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-281-6918 (TTY: 711)**。

**Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**한국어 (Korean): 주의 :** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-281-6918 (TTY: 711)** 번으로 전화해 주십시오.

**Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**Русский (Russian): ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-281-6918 (телетайп: 711)**.

**Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**Français (French): ATTENTION :** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-281-6918 (ATS : 711)**.

**Polski (Polish): UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**Português (Portuguese): ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**Italiano (Italian): ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**Deutsch (German): ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**日本語 (Japanese): 注意事項：**日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-281-6918 (TTY : 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

**فارسی (Farsi):**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. **1-800-281-6918 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

**Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin:** Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

**العربية (Arabic):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-281-6918 (هاتف الضم: 711)**.