

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus[®]
SNP-DE H1036-222 (HMO SNP)

Mississippi
Determinados condados en Mississippi

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Mississippi: Attala, Copiah, DeSoto, Hancock, Harrison, Hinds, Jackson, Madison, Pearl River, Rankin.

Humana[®]

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus[®]
SNP-DE H1036-222 (HMO SNP)

Mississippi
Determinados condados en Mississippi

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Mississippi: Attala, Copiah, DeSoto, Hancock, Harrison, Hinds, Jackson, Madison, Pearl River, Rankin.

Humana[®]



Hablemos sobre **Humana Gold Plus[®]**

SNP-DE H1036-222 (HMO SNP)

Obtenga más información sobre el plan Humana Gold Plus SNP-DE H1036-222 (HMO SNP), incluidos los servicios de salud y de medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-222 (HMO SNP) es un plan de cuidado coordinado con un contrato con Medicare y un contrato con el Programa de la División de Medicaid (Division of Medicaid Program) del estado de Mississippi. 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, solicítenos la "Evidencia de cobertura" o recibirá una después de inscribirse.

Como afiliado debe seleccionar a un médico dentro de la red para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Humana Gold Plus SNP-DE H1036-222 (HMO SNP) 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. Usted tiene acceso a coordinadores de cuidado médico. Los coordinadores de cuidado médico son enfermeros o administradores de cuidado médico que respaldan su salud y su bienestar al proveer servicios adicionales, tales como: coordinación del cuidado para afecciones crónicas y agudas, apoyo para la salud por vía telefónica y en persona; asistencia en la coordinación de beneficios de Medicare y Medicaid, recursos y talleres educativos, y apoyo a familiares y cuidadores.

Para ser elegible

Para inscribirse en Humana Gold Plus SNP-DE H1036-222 (HMO SNP), un Plan para personas con necesidades especiales con doble elegibilidad, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y también recibir ciertos niveles de asistencia del Programa de asistencia médica de Mississippi (Medicaid). Si usted recibe tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid, esto significa que usted tiene doble elegibilidad.

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-222 (HMO SNP) puede inscribir a personas con doble elegibilidad que sean SLMB Plus, QMB Plus, QMB y FBDE.

Nombre del plan:

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-222 (HMO SNP)

Más información sobre Humana Gold Plus SNP-DE H1036-222 (HMO SNP)

Como afiliado de este plan, usted no será responsable de los costos compartidos para los beneficios del plan.

Cómo contactarnos:

Si tiene preguntas sobre sus beneficios o sobre su nivel de elegibilidad para recibir asistencia de Medicaid, debe contactar al Departamento de servicio al cliente de Humana o a la oficina de Medicaid de su estado para obtener más detalles.

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 14 de febrero:

llame los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Del 15 de febrero al 30 de septiembre:

llame de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede visitar nuestro sitio Web: **Humana.com/medicare.**

Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Mississippi, visite el sitio web de Medicaid de Mississippi en

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille y letra grande.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Póngase en contacto con un agente de ventas certificado de Humana al 1-800-833-2364 (TTY: 711).

La Tabla de beneficios completa muestra los beneficios que usted recibirá de Humana y cómo Medicaid cubre sus costos compartidos para esos beneficios del plan. La tabla también muestra algunos de los beneficios que podría recibir de Medicaid si usted es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Si usted tiene derecho a los beneficios de Medicaid, su coordinador de cuidado médico trabajará con usted para ayudarle a entender y acceder a los beneficios de Medicare y Medicaid a los que podría tener derecho.

<http://www.medicaid.ms.gov/> o llame a la línea directa de Medicaid al **1-800-421-2408**.



Una asociación saludable

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

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille y letra grande.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Póngase en contacto con un agente de ventas certificado de Humana al 1-800-833-2364 (TTY: 711).



Prima mensual, deducible y límites

Prima mensual	\$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. La prima de la Parte B puede estar cubierta por su Programa estatal de Medicaid.
Deducible médico	Este plan no tiene un deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	Este plan no tiene un deducible.
Responsabilidad máxima de desembolso personal	\$6,700 dentro de la red La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Para los afiliados protegidos contra el pago de costos compartidos por el Programa Medicaid estatal, Medicaid paga el coseguro, los copagos y deducibles de los servicios cubiertos por Medicare original.

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
CUIDADO DE HOSPITALIZACIÓN PARA AFECCIONES AGUDAS		
	Copago de \$0	
COBERTURA HOSPITALARIA AMBULATORIA		
Servicios de cirugía en un hospital ambulatorio	Copago de \$0	
Servicios de cirugía en un centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$0	
VISITAS AL CONSULTORIO MÉDICO		
Proveedor de cuidado primario (PCP)	Copago de \$0	
Especialistas	Copago de \$0	
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 • Asesoramiento para abuso del alcohol • Medición de la masa ósea	

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores. 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) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

- Prueba de detección del cáncer de mama (mamografía)
- Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento)
- Pruebas de detección cardiovasculares
- Prueba de detección del cáncer vaginal y del cuello del útero
- Pruebas de detección del cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible)
- Prueba de detección de la depresión
- Pruebas de detección de diabetes
- Prueba de detección de VIH
- Servicios de terapia de nutrición médica
- Prueba de detección para la obesidad y asesoramiento
- Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA, por sus siglas en inglés)
- Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento
- Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)
- Vacunas, que incluyen vacunas contra la influenza, vacunas contra la hepatitis B, vacunas antineumocócicas
- Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez)
- Consulta anual de bienestar

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores. 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) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

- Prueba de detección del cáncer de pulmón
- Examen físico rutinario

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

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA

Sala de emergencias

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

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.

Copago de **\$0**

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES

Mamografía de diagnóstico

Copago de **\$0**

Radiología de diagnóstico

Copago de **\$0**

Servicios de laboratorio

Copago de **\$0**

Procedimientos y pruebas de diagnóstico

Copago de **\$0**

Radiografías para pacientes ambulatorios

Copago de **\$0**

Radioterapia

Copago de **\$0**

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores. 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) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN		
Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de \$0	Limitado a beneficiarios menores de 21 años de edad.
Servicios rutinarios para la audición	- Copago de \$0 por ajuste/evaluación, examen auditivo rutinario, hasta 1 por año. - Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$1000 para audífonos (de todo tipo), hasta 1 cada 3 años.	
SERVICIOS DENTALES		
Servicios dentales cubiertos por Medicare	Copago de \$0	Copago de \$3 por consulta
Servicios dentales rutinarios	- Coseguro del 0% por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años. - Coseguro del 0% por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año. - Coseguro del 0% por radiografías extraorales, radiografías intraorales, hasta 1 por año. - Coseguro del 0% por examen de diagnóstico de emergencia, tratamiento con flúor, examen oral periódico y/o evaluación oral integral, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. - Coseguro del 25% por tratamiento de emergencia del dolor, hasta 2 por año. - Coseguro del 25% por extracciones, sin límite por año. - Coseguro del 50% por empaste de composite, hasta 1 cada 3 años.	

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores. 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) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
SERVICIOS PARA LA VISTA		
Servicios para la vista cubiertos por Medicare	Copago de \$0	- Copago de \$3 por consulta 1 examen cada 5 años
Examen de la vista para diabéticos	Copago de \$0	
Prueba de detección de glaucoma	Copago de \$0	
Anteojos (posterior a cataratas)	Copago de \$0	
Servicios rutinarios para la vista	- Copago de \$0 por examen rutinario, prueba de refracción, hasta 1 por año. - Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$200 por año para lentes de contacto o anteojos: lentes y monturas (incluye el ajuste). - Los anteojos incluyen un filtro de protección ultravioleta y una capa contra rayaduras.	
SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL		
Paciente internado 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 \$0	
Consultas de terapia individual y grupal como paciente ambulatorio	Copago de \$0	
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)		
Su plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF)	Copago de \$0	
TERAPIA FÍSICA		
	Copago de \$0	
AMBULANCIA		
Ambulancia (terrestre)	Copago de \$0	

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores. 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) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

TRANSPORTE

Copago de **\$0** por hasta 24 viajes sencillos a localidades aprobadas por el plan. Máximo de 25 millas por viaje.



Beneficios de medicamentos recetados

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Medicamentos para quimioterapia

Copago de **\$0**

Otros medicamentos de la Parte B

Copago de **\$0**

MEDICAMENTOS RECETADOS

Medicamentos de la Parte D de Medicare

Consulte la siguiente tabla para obtener información del plan sobre la cobertura para medicamentos recetados

Medicaid puede cubrir algunos medicamentos que no están cubiertos por la Parte D. Contacte a su agencia Medicaid si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos.

- Copago de **\$3** por cada receta para medicamentos recetados cubiertos por Medicaid que no están cubiertos por un Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Se permiten (5) medicamentos recetados por mes.
- No más de (2) de los (5) pueden ser de marca, incluyendo las repeticiones.

Deducible de farmacia (Parte D)
Este plan no tiene deducible.

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores. 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) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.

**LO QUE USTED PAGA EN ESTE
PLAN DE HUMANA**
**LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES
DE MEDICAID**

Cobertura inicial

Suministro de 30 días

Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos):	Copago de \$0 ; o copago de \$1.25 ; o copago de \$3.35
--	--

Todos los demás medicamentos:	Copago de \$0 ; o copago de \$3.70 ; o copago de \$8.35
--------------------------------------	--

Suministro de 90 días

Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos):	Copago de \$0 ; o copago de \$1.25 ; o copago de \$3.35
--	--

Todos los demás medicamentos:	Copago de \$0 ; o copago de \$3.70 ; o copago de \$8.35
--------------------------------------	--

Siempre pagará **\$0** por medicamentos del Nivel 1 en este plan en una farmacia minorista con costos compartidos preferidos o una farmacia de pedido por correo con costos compartidos preferidos.

Los medicamentos de especialidad están limitados a un suministro de 30 días.

Los costos compartidos pueden variar según la farmacia que elija, cuando 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 más información sobre los costos compartidos adicionales para servicios de farmacia y las fases del beneficio, llámenos o consulte nuestra "Evidencia de cobertura" en línea.

Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero tal vez deba pagar más que lo que pagaría en una farmacia dentro de la red.

Días disponibles de suministro

A menos que se especifique lo contrario, usted puede recibir sus medicamentos de la Parte D en las siguientes cantidades de suministros por días:

- Suministro de un mes (hasta 30 días)*
- Suministro de dos meses (31 a 60 días)
- Suministro de tres meses (61 a 90 días)

*Farmacia de cuidado a largo plazo (suministro de un mes = 31 días)

Cobertura catastrófica

Después de que sus costos anuales de desembolso personal por medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y de pedido por correo) alcancen **\$5,000**, usted no paga nada por ningún medicamento.

**Beneficios adicionales**

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
Cuidado de los pies cubierto por Medicare	Copago de \$0	
EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS		
Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	Copago de \$0	
Suministros médicos	Copago de \$0	
Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)	Copago de \$0	
Suministros para el control de la diabetes	Copago de \$0	
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN		
Terapia física, ocupacional y del habla	Copago de \$0	
Rehabilitación cardíaca	Copago de \$0	
Rehabilitación pulmonar	Copago de \$0	

**Servicios adicionales cubiertos por Medicaid**

Los afiliados con doble elegibilidad que cumplen con los requisitos financieros para la cobertura completa de Medicaid pueden también ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid que no estén cubiertos por Medicare. Humana Gold Plus también puede ofrecer cobertura para estos servicios. Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por Medicaid. Los beneficios descritos en la sección Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos del Resumen de beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio descrito a continuación, puede ver lo que cubre el Programa de la División de Medicaid (Division of Medicaid) del estado de Mississippi y lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Si tiene alguna pregunta acerca de su elegibilidad de Medicaid y los beneficios que le corresponden, puede llamar al: 1-800-421-2408.

BENEFICIO	LO QUE USTED PAGA CON ESTE PLAN DE HUMANA	PLAN ESTATAL DE MEDICAID
PRODUCTOS Y DISPOSITIVOS		
Dentaduras postizas	Consulte el beneficio "Dental" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	No hay cobertura
Anteojos	Consulte el beneficio para la "Vista" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	- Copago de \$3 por par - Los adultos pueden recibir un (1) par de anteojos cada (5) años. - Los niños pueden recibir hasta dos (2) pares de anteojos por año.
Audífonos	Consulte el beneficio para la "Audición" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	No hay cobertura
TRANSPORTE		
Servicios de transporte médico que no es de emergencia	Consulte el beneficio de "Transporte" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	- Copago de \$0 - Ayudará a las personas elegibles a viajar hasta y desde las citas médicas si no se puede proveer otro tipo de transporte. - Limitado solo a los servicios cubiertos por Medicaid.
SERVICIOS DE CUIDADO A LARGO PLAZO PARA PACIENTES INTERNADOS		
Servicios para pacientes internados en hospitales, centros de enfermería y centros de cuidado intermedio en instituciones para enfermedades mentales (IMD, por sus siglas en inglés), para personas de 65 años de edad y mayores	No hay cobertura	Copago de \$0
Servicios psiquiátricos para pacientes internados menores de 21 años de edad	Consulte el beneficio de "Salud mental" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	Copago de \$0
Servicios de un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales	No hay cobertura	Copago de \$0

Servicios en un centro de enfermería distintos a los realizados en una institución para enfermedades mentales

Consulte el beneficio de "Enfermería especializada" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba

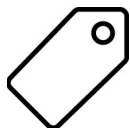
- Copago de **\$0**
-

SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD

Los afiliados con doble elegibilidad, que cumplen con los requisitos financieros para la cobertura completa de Medicaid, también pueden ser elegibles para recibir los servicios de exención. Los servicios de exención están limitados a individuos que cumplen con los requisitos adicionales de elegibilidad de exención. Para obtener información sobre elegibilidad y servicios de exención, contacte a Medicaid al 1-800-421-2408.

La anterior tabla de Servicios cubiertos adicionales de Medicaid refleja los servicios de Medicaid disponibles en base a un cargo por servicio para las personas con doble elegibilidad que reúnan los requisitos de elegibilidad para recibir beneficios completos de Medicaid.

La información de Medicaid incluida en esta sección tiene vigencia a partir del 7/1/2017. Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambio en cualquier momento. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Mississippi, visite el sitio web de Medicaid de Mississippi en <http://www.medicaid.ms.gov/> o llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-421-2408.



Más beneficios de **su plan**

Disfrute de algunos de estos beneficios adicionales que incluye su plan.

Servicios adicionales para dejar de fumar y usar el tabaco

Para ayudarle en su esfuerzo por dejar de fumar o usar productos de tabaco, cubrimos un intento con asesoramiento adicional en un periodo de 12 meses sin costo para usted. Esto se añade a los dos intentos de asesoramiento provistos por Medicare e incluye hasta cuatro consultas personales. Este servicio se puede usar para medidas preventivas o para diagnóstico con una enfermedad relacionada con el tabaco.

Servicios quiroprácticos

Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare:

- Copago de **\$0**

Servicios quiroprácticos rutinarios:

- Copago de **\$0** por consulta por hasta 12 consultas

Terapia nutricional mejorada

Asesoramiento adicional personalizado para la terapia de nutrición.

Cuidado rutinario de los pies

Copago de **\$0** por consulta por hasta 6 consultas dentro de la red

Comidas

Programa de comidas Well Dine: el programa de comidas de Humana para afiliados después de una estadía como paciente internado en el hospital o un centro de enfermería

Línea telefónica de asesoramiento de enfermería HumanaFirst

Asesoramiento de la salud de la salud de enfermeros registrados, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Subsidio de artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)

Hasta un valor mensual de **\$50** para la compra de productos de venta sin receta (OTC) del servicio de pedido por correo Humana Pharmacy.

Respuesta de emergencia personal

Esto le provee ayuda en situaciones de emergencia. El servicio de alerta médica incluye un dispositivo de comunicación instalado en el hogar y un botón portátil para llamar y pedir ayuda si se cae en su hogar o tiene una emergencia.

Pelucas

Pelucas para la pérdida de cabello relacionada con quimioterapia.

Go365™ de Humana

Programa de recompensas por completar actividades de salud y bienestar, así como pruebas de detección preventivas.

Beneficio de acondicionamiento físico

Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®: membresía básica en un centro de acondicionamiento físico con clases de acondicionamiento físico incluidas.



Obtenga **más** información



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



Puede ver el **formulario de medicamentos** de nuestro plan en nuestro sitio web en **www.humana.com/medicare/medicare_prescription_drugs/medicare_drug_tools/medicare_drug_list/** o llámenos al número que aparece al principio de este folleto y le enviaremos uno.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Contacte al plan para obtener más información. Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas 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.

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.

Humana ha sido aprobada por el Comité Nacional de Control de Calidad (National Committee for Quality Assurance o NCQA, por sus siglas en inglés) para operar como un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) hasta el 12/31/2018 basado en una revisión del Modelo de cuidado de Humana.

Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar dependiendo del nivel de Ayuda adicional que reciba. Contacte al plan para obtener más detalles.

La red de proveedores/farmacias puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Humana®

espanol.humana.com

This image shows a blank sheet of white paper designed for handwriting practice. It features a series of horizontal lines spaced evenly down the page. At the very top, there is a dashed line, followed by a solid line, and then several more solid lines below. The lines are thin and light gray or blue in color. There is no text or other markings on the page.

[illegible]

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)**.

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-222
(HMO SNP)

H1036222000 SPA

Determinados condados en Mississippi

