

Resumen de beneficios

Humana Walmart Rx Plan (PDP)

Estado de South Carolina

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) estado(s): South Carolina.

Humana®
Walmart ✱

Rx Plan (PDP)

Otras farmacias están disponibles en nuestra red.

Resumen de beneficios

Humana Walmart Rx Plan (PDP) S5884-155

Estado de South Carolina

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) estado(s): South Carolina.

Humana®
Walmart ✱

Rx Plan (PDP)

Otras farmacias están disponibles en nuestra red.



Hablemos sobre **Humana Walmart Rx Plan (PDP)**

Obtenga más información sobre el plan Humana Walmart Rx Plan (PDP), incluidos los servicios de medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

Humana Walmart Rx Plan (PDP) es un Plan de medicamentos recetados independiente 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, soliciten la "Evidencia de cobertura" o recibirá una después de inscribirse.

Para ser elegible

Para inscribirse en Humana Walmart Rx Plan (PDP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, y/o estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nombre del plan:

Humana Walmart Rx Plan (PDP)

Cómo contactarnos:

Si usted es afiliado de este plan, llame sin costo al: **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

Si **no** es afiliado de este plan, llame sin costo al: **1-800-706-0872 (TTY: 711)**.

Del 1 de octubre al 14 de febrero:

Llame los 7 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.

Humana Walmart Rx Plan (PDP) ofrece una red de farmacias con costos compartidos preferidos en farmacias seleccionadas. Es posible que pague más en otras farmacias.



Una asociación saludable

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

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

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call a licensed Humana sales agent at 1-800-706-0872 (TTY: 711).



Prima mensual, deducible y límites

Prima mensual

\$20.40

Si usted tiene la Parte B, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Deducible de farmacia (Parte D) \$405 sólo se aplica a Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5.



Beneficios de medicamentos recetados

MEDICAMENTOS RECETADOS

Deducible de farmacia (Parte D)

\$405 sólo se aplica a Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5.

Cobertura inicial (después de que usted paga su deducible, si corresponde)

Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales de medicamentos durante el año lleguen a \$3,750.

Los costos totales de medicamentos durante el año son los costos totales de medicamentos que pagan ambos usted y nuestro plan.

	Farmacia minorista preferida	Farmacia minorista estándar	Farmacia de pedido por correo preferida	Farmacia de pedido por correo estándar
Suministro de 30 días				
Nivel 1: Genéricos preferidos	Copago de \$1	Copago de \$10	Copago de \$1	Copago de \$10
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$4	Copago de \$20	Copago de \$4	Copago de \$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	23% del costo	25% del costo	23% del costo	25% del costo
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	35% del costo	50% del costo	35% del costo	50% del costo
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	25% del costo	25% del costo	25% del costo	25% del costo
Suministro de 90 días				
Nivel 1: Genéricos preferidos	Copago de \$3	Copago de \$30	Copago de \$0	Copago de \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$12	Copago de \$60	Copago de \$12	Copago de \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	23% del costo	25% del costo	20% del costo	25% del costo
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	35% del costo	50% del costo	35% del costo	50% del costo

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

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 más información sobre los costos compartidos adicionales de 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, 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)

Período sin cobertura

Cuando ingresa al período sin cobertura, paga el **35 por ciento** de los costos del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el **44 por ciento** de los costos del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos totales sumen **\$5,000**, momento en el que finaliza el período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.

Cobertura catastrófica

Después de que sus gastos anuales de desembolso personal por medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y por correo) alcancen **\$5,000**, usted paga la cantidad mayor de:

- el **5%** del costo, o
- un copago de **\$3.35** por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de **\$8.35** por todos los demás medicamentos



Obtenga **más** información



Puede ver el **directorio de farmacias** de nuestro plan en nuestro sitio web en **www.humana.com/Medicare/medicare_prescription_drugs** o llámenos al número que aparece 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.

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

La red de farmacias de Humana ofrece acceso limitado a farmacias con costos compartidos preferidos en las áreas urbanas de AL, AR, CA, CT, DC, DE, GA, IA, IL, IN, KY, MA, MD, ME, MI, MN, MO, MS, MT, NC, ND, NE, NH, NJ, NY, OH, OR, PA, RI, SC, SD, TN, VA, VT, WA, WI, WV, WY; las áreas suburbanas de AZ, CA, CT, DC, DE, HI, IA, IL, IN, MA, MD, ME, MI, MN, MO, MT, ND, NH, NE, NJ, NY, OH, OR, PA, PR, RI, SD, VT, WA, WV, WY; y las áreas rurales de AK, DC, IA, MN, MT, ND, NE, SD, VT, WY. Hay un número muy reducido de farmacias con costos compartidos preferidos en las áreas urbanas de los siguientes estados: CT, DE, MA, MD, ME, MI, MN, MS, NC, ND, NY, OH, RI, SC y VT; las áreas suburbanas de MT y ND; y las áreas rurales de: ND. Es posible que los costos menores anunciados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluidas farmacias con costos compartidos preferidos, llame a Atención al cliente al 1-800-281-6918 (TTY: 711) o consulte el directorio de farmacias en línea en **espanol.humana.com**.

Humana®

Walmart ✱

Rx Plan (PDP)

espanol.humana.com

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 Walmart Rx Plan (PDP)
S5884155000 SPA
Estado de South Carolina



espanol.humana.com

S5884155000SBSP18