

Resumen de beneficios

Beneficios suplementarios opcionales

Humana Gold Plus[®] **H1036-151 (HMO)**

Jackson
Área metropolitana de Jackson

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Mississippi: Attala, Copiah, Hinds, Madison, Rankin.

Humana[®]

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus[®]
H1036-151 (HMO)

Jackson
Área metropolitana de Jackson

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Mississippi: Attala, Copiah, Hinds, Madison, Rankin.

Humana[®]



Hablemos sobre **Humana Gold Plus®** **H1036-151 (HMO)**

Obtenga más información sobre el plan Humana Gold Plus H1036-151 (HMO), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

Humana Gold Plus H1036-151 (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, solicítenos la “Evidencia de cobertura” o recibirá una después de inscribirse.

Para ser elegible

Para inscribirse en Humana Gold Plus H1036-151 (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 H1036-151 (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 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.

Como afiliado debe seleccionar a un médico dentro de la red para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP). Humana Gold Plus H1036-151 (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 los servicios.



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 1-800-833-2364 (TTY: 711).



Prima mensual, deducible y límites

Prima mensual	\$24 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	\$400 sólo se aplica a Nivel 4, Nivel 5.
Responsabilidad de cantidad 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

Cuidado hospitalario para pacientes internados con afecciones agudas	Copago de \$295 por día por los días 1 a 6 Copago de \$0 por día por los días 7 a 90 Su plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización.
Cobertura hospitalaria ambulatoria	• Servicios de cirugía en un hospital ambulatorio Copago de \$295 • Servicios de cirugía en un centro de cirugía ambulatoria Copago de \$245
Visitas al consultorio médico	Proveedor de cuidado primario: Copago de \$0 • Especialista: Copago de \$40
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 • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Pruebas de detección cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal • Pruebas de detección de 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)

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.

- Vacunas, que incluyen vacunas contra la influenza, vacunas contra la hepatitis B, vacunas antineumocócicas
- Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (que se realiza una sola vez)
- Consulta anual de bienestar
- 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.

CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA

Sala de emergencias

Copago de **\$80**

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

Servicios que se necesitan con urgencia

Copago de **\$35** 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.

CUIDADO MÉDICO Y SERVICIOS AMBULATORIOS

Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes

Los costos compartidos pueden variar según el servicio y el lugar donde se provea el servicio

- Mamografía de diagnóstico: Copago de **\$40 a \$50**
- Radiología de diagnóstico: Copago de **\$225**
- Servicios de laboratorio: Copago de **\$0 a \$40**
- Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Copago de **\$0 a \$50**
- Radiografías para pacientes ambulatorios: Copago de **\$0 a \$50**
- Radioterapia: Copago de **\$40 a \$45**

Audición

Examen auditivo cubierto por Medicare: Copago de **\$40**

Dental

Servicios dentales cubiertos por Medicare: Copago de **\$40**

Servicios dentales rutinarios:

- Copago de **\$0** por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.
- Copago de **\$0** por empaste de amalgama, empaste de composite, revestimiento de dentaduras postizas, extracciones, examen oral periódico o evaluación oral integral, profilaxis (limpieza), hasta 1 por año.
- Copago de **\$0** por anestesia necesaria con servicio cubierto, sin límite por año.

Se dispone de beneficios dentales adicionales con una prima mensual por separado. Consulte la página "Beneficios suplementarios opcionales" para obtener detalles.

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.)

Vista

- Servicios para la vista cubiertos por Medicare: Copago de **\$40**
- Examen de la vista para diabéticos: Copago de **\$0**
- Prueba de detección de glaucoma: Copago de **\$0**
- Artículos para la vista (luego de 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 **\$100** por año para lentes de contacto o anteojos: lentes y monturas (incluye el ajuste).
- Los anteojos incluirán un filtro de protección ultravioleta y una capa contra rayaduras.

Servicios para la salud mental

Paciente internado:

- Copago de **\$295** por día por los días 1 a 5
- Copago de **\$0** por día por los días 6 a 90
- Su plan cubre hasta 190 días en toda la vida para cuidado de la salud mental a pacientes internados en un hospital psiquiátrico

Paciente ambulatorio (consultas de terapia individual y grupal):

Copago de **\$40 a \$50**

Los costos compartidos pueden variar según el lugar donde se provea el servicio.

Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)

- Copago de **\$0** por día por los días 1 a 20
- Copago de **\$164.50** por día por los días 21 a 100
- Su plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF)

Terapia física

- Copago de **\$15**

BENEFICIOS ADICIONALES

Ambulancia (terrestre)

\$265 por fecha de servicio

Transporte

No hay cobertura



Beneficios de medicamentos recetados

Medicamentos de la Parte B de Medicare

- Medicamentos para quimioterapia: **20%** del costo
- Otros medicamentos de la Parte B: **20%** del costo

MEDICAMENTOS RECETADOS

Deducible de farmacia (Parte D)

\$400 sólo se aplica a 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.

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.

	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 \$5	Copago de \$10	Copago de \$5	Copago de \$10
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$15	Copago de \$20	Copago de \$15	Copago de \$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$47	Copago de \$47	Copago de \$47	Copago de \$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Copago de \$99	Copago de \$100	Copago de \$99	Copago de \$100
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 \$15	Copago de \$30	Copago de \$0	Copago de \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$45	Copago de \$60	Copago de \$0	Copago de \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$141	Copago de \$141	Copago de \$131	Copago de \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Copago de \$297	Copago de \$300	Copago de \$287	Copago de \$300

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



Beneficios adicionales

Cuidado de los pies cubierto por Medicare (podología)

- Copago de **\$40**

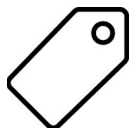
Equipo/suministros médicos

Los costos compartidos pueden variar según el servicio y el lugar donde se provea el servicio

- Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno): **20%** del costo
- Suministros médicos: Copago de **\$0**
- Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos): **20%** del costo
- Suministros para el control de la diabetes: Copago de **\$0** o **10%** a **20%** del costo

Servicios de rehabilitación

- Terapia física, ocupacional y del habla: Copago de **\$15**
- Rehabilitación cardíaca: Copago de **\$15**
- Rehabilitación pulmonar: Copago de **\$15**



Más beneficios de **su plan**

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

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 **\$45** cada 3 meses para la compra de productos de venta sin receta (OTC) del servicio de pedido por correo Humana Pharmacy.

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.



Beneficios suplementarios opcionales

Personalice su cobertura por una prima mensual adicional al inscribirse. Puede elegir entre los siguientes beneficios para crear su plan Medicare.

\$25.30

MyOption Dental Advantage HMO

Mejora la cobertura dental ya incluida en su plan Medicare Advantage con beneficios adicionales para ciertos servicios preventivos, básicos y mayores. Estos beneficios adicionales, además de los beneficios básicos, tienen una prima mensual adicional.

Los beneficios suplementarios opcionales (OSB, por sus siglas en inglés) de Humana MyOption solo están disponibles para afiliados de ciertos planes de Humana Medicare Advantage (MA). Los afiliados de planes de Humana que ofrecen los OSB pueden inscribirse en los OSB en cualquier momento a lo largo del año. Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Los afiliados deben utilizar proveedores de la red para los OSB específicos según esté indicado en la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés); de lo contrario, se pueden obtener servicios cubiertos de proveedores fuera de la red a un costo superior. Los afiliados deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, la prima de su plan de Humana y la prima de los beneficios suplementarios opcionales.



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.

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

2018

Beneficios suplementarios opcionales

Humana Gold Plus[®]
H1036-151 (HMO)

Jackson
Área metropolitana de Jackson

Humana[®]

Mis opciones, Mi elección

Cómo añadir beneficios a su plan

Usted es único y tiene necesidades particulares. Por eso Humana ofrece beneficios suplementarios opcionales (OSB, por sus siglas en inglés). Por una prima mensual adicional, puede personalizar su plan Medicare Advantage de Humana.

Puede añadir estos beneficios adicionales cuando se afilia a su plan Medicare Advantage o en cualquier momento durante el año.

La información en este manual le informará sobre los beneficios que puede añadir a su plan. Si tiene alguna pregunta, puede llamarnos al 1-888-866-3154 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y los días festivos entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre. Indique su nombre y número de teléfono, y lo volveremos a llamar antes de finalizar el siguiente día hábil.

MyOption Dental AdvantageSM HMO

El beneficio MyOptionSM Dental Advantage HMO le ayuda a planificar fácilmente para su cuidado dental.

Así es como funciona el beneficio:

Prima mensual	\$25.30	
Deducible anual	No hay deducible anual para todos los servicios	
Beneficio máximo	Humana paga hasta \$1,500 por año calendario	
Servicios dentales cubiertos	Dentro de la red, usted paga	Limitaciones de beneficios por año calendario
Servicios dentales preventivos y de diagnóstico		
Exámenes orales	0%	Dos por año
Profilaxis dental (limpiezas)	0%	Dos por año
Radiografía de mordida	0%	Un juego por año
Radiografía intraoral	0%	Un juego por año
Radiografía extraoral	0%	Un juego por año
Radiografías panorámicas o de diagnóstico	0%	Un juego cada 5 años
Examen de emergencia	0%	Uno por año
Servicios dentales básicos (de restauración menor)		
Restauraciones con amalgama (empastes de plata)	0%	Una por año
Restauraciones con resina de composite (empastes blancos)*	0%	Una por año

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (continuación)

Servicios dentales cubiertos	Dentro de la red, usted paga	Limitaciones de beneficios por año calendario
Servicios dentales básicos (de restauración menor)		
Extracciones (sacar dientes), no quirúrgicas	0%	Cantidad ilimitada de procedimientos por año
Tratamiento de emergencia para el dolor	25%	Dos por año
Anestesia - anestesia frecuente	0%	Cantidad ilimitada de procedimientos por año
Servicios dentales mayores (endodoncia, periodoncia y cirugía oral)		
Tratamiento de conducto radicular	70%	Uno por año
Coronas	70%	Una por año
Alisado y raspado radicular periodontal (limpieza profunda)	25%	Dos procedimientos por cada cuadrante por año
Dentaduras postizas completas (incluyendo cuidado rutinario posterior a la entrega)	70%	Una dentadura postiza completa superior e/o inferior cada cinco años
Prótesis parciales	70%	Un juego por año
Ajustes de dentadura postiza (no están cubiertos dentro de los seis meses a partir de la colocación inicial)	70%	Uno por año
Revestimiento de dentadura postiza (no permitido en dentaduras postizas de repuesto)	70%	Uno por año

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a condiciones, limitaciones, exclusiones y cantidades máximas. Para obtener información detallada, consulte su Evidencia de cobertura.

*El beneficio de restauraciones con resina de composite (empastes blancos) es el siguiente:

- Dientes anteriores (delanteros): beneficio de restauración con composite (empaste blanco) tal como se describió anteriormente
- Dientes posteriores (traseros): el afiliado es responsable de pagar la diferencia del costo restante entre una restauración con composite (empaste blanco) y una restauración con amalgama (empaste de plata).

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. Los Beneficios suplementarios opcionales (OSB, por sus siglas en inglés) de Humana MyOption, solo están disponibles para afiliados de ciertos planes Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) de Humana. Los afiliados de planes de Humana que ofrecen los OSB pueden inscribirse en los OSB en cualquier momento a lo largo del año. Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Los afiliados deben utilizar proveedores de la red para OSB específicos según esté indicado en la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés); de lo contrario, se pueden recibir servicios cubiertos de proveedores que no pertenecen a la red a un costo superior. Los afiliados inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, su prima de Humana y la prima de los OSB.

Humana®

espanol.humana.com

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. At the top of the page, there is a dashed line, likely indicating where to fold or separate from another page. The paper appears to be part of a notebook or a set of stationery.

[illegible]

[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 yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłnih **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 H1036-151 (HMO)

H1036151000 SPA

Área metropolitana de Jackson



espanol.humana.com

H1036151000SBSP18