

# Un vistazo a los **beneficios del plan de salud** para 2019

Humana Gold Plus<sup>®</sup> H5619-071 (HMO) Lexington

<b>Costos del plan</b>	<b>Dentro de la red</b>
Prima mensual del plan	\$0
Máximo de desembolso personal anual	\$5,900
<b>Visitas al consultorio</b>	
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	Copago de \$5
Especialista	Copago de \$30
<b>Cuidado preventivo</b>	
Incluye: pruebas de detección cubiertas por Medicare	Cubierto sin costo cuando consulta a un proveedor dentro de la red
<b>Cuidado de hospitalización</b>	
Cuidado de hospitalización para afecciones agudas	Copago de \$295 por día por los días 1 a 6 Copago de \$0 por día por los días 7 a 90
<b>Servicios de laboratorio</b>	
Pruebas de laboratorio de un centro laboratorio	Copago de \$0
Pruebas de laboratorio de un centro hospitalario para pacientes ambulatorios	Copago de \$30
<b>Cuidado ambulatorio</b>	
Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$245
Terapia física en un centro de terapia	Copago de \$10
Radiografías en un centro hospitalario ambulatorio	Copago de \$90
Pruebas de diagnóstico en un centro hospitalario ambulatorio	Copago de \$105
<b>Servicios en casos de emergencia</b>	
Servicios que se necesitan con urgencia en un centro de cuidado de urgencia	Copago de \$35
Servicios de ambulancia terrestre	\$265 por fecha de servicio
Sala de emergencias	Copago de \$90

Continuación:

Y0040\_GHHJ8PTSP\_19\_v290\_M

H5619071000BAGSP19

## Beneficios y programas adicionales

Go365™ de Humana	Recompensas por completar actividades/pruebas de detección preventivas relacionadas con la salud
Pedido por correo de productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	Copago de \$0; hasta \$45 cada 3 meses
Servicios dentales rutinarios DEN111	Incluido- podrían aplicarse costos compartidos. Para obtener más detalles, consulte el Resumen de beneficios
Servicios rutinarios para la vista VIS735	Incluido- podrían aplicarse costos compartidos. Para obtener más detalles, consulte el Resumen de beneficios
Servicios de transporte	\$0 por una cantidad ilimitada de viajes sencillos a localidades aprobadas por el plan. Máximo de 25 millas por viaje.
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®	Incluido
Servicios rutinarios para la audición HER939	Incluido- podrían aplicarse costos compartidos. Para obtener más detalles, consulte el Resumen de beneficios
Programa de comidas Well Dine	Incluido



# Los **beneficios de medicamentos recetados** para 2019 en un vistazo

Humana Gold Plus<sup>®</sup> H5619-071 (HMO) Lexington

**Deducible** Este plan no tiene un deducible.

**Cobertura inicial** En esta etapa, es posible que pague un costo compartido que es un **copago** —una cantidad fija en dólares— o un **coseguro** —un porcentaje fijo que usted paga cada vez que surte su medicamento.

## Costos compartidos preferidos

### Opciones de farmacias

**Las opciones de costos compartidos más bajos están en letra negrita**

### Minorista

Para buscar las farmacias minoristas con costos compartidos preferidos cerca de su domicilio, vaya a [Humana.com/pharmacyfinder](http://Humana.com/pharmacyfinder)

### Pedido por correo

Humana Pharmacy<sup>®</sup>

	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días*	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días*
<b>Nivel 1:</b> genéricos preferidos	\$3	\$9	\$3	<b>\$0</b>
<b>Nivel 2:</b> genéricos	\$15	\$45	\$15	<b>\$0</b>
<b>Nivel 3:</b> de marca preferidos	\$47	\$141	\$47	<b>\$131</b>
<b>Nivel 4:</b> medicamentos no preferidos	\$100	\$300	\$100	<b>\$290</b>
<b>Nivel 5:</b> nivel de medicamentos de especialidad	33%	No aplica	33%	No aplica

## Costos compartidos estándares

### Opciones de farmacias

**Minorista** Todas las demás farmacias minoristas de la red.

### Pedido por correo

Walmart Mail

	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días*	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días*
<b>Nivel 1:</b> genéricos preferidos	\$10	\$30	\$10	\$30
<b>Nivel 2:</b> genéricos	\$20	\$60	\$20	\$60
<b>Nivel 3:</b> de marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$141
<b>Nivel 4:</b> medicamentos no preferidos	\$100	\$300	\$100	\$300
<b>Nivel 5:</b> nivel de medicamentos de especialidad	33%	No aplica	33%	No aplica

Una vez que el costo total anual en medicamentos (lo que se paga entre usted y nuestro plan) alcanza **\$3,820**, es posible que suban los costos de sus medicamentos. Para obtener más información, consulte el Resumen de beneficios.

Para sacar más provecho de su plan, puede hacer lo siguiente:

Continuación:

Y0040\_GHHJ8PTSP\_19\_v290\_M

H5619071000BAGSP19

- **Permanezca en la red.** Pagará menos por sus medicamentos en farmacias de la red.
- **Utilice farmacias con costos compartidos preferidos.** Ofrecen costos compartidos menores a los de las farmacias con costos compartidos estándares para la mayoría de los medicamentos (el costo compartido para medicamentos de especialidad es el mismo en cualquier farmacia de la red).
- **Obtenga un suministro de 90 días de muchos de los medicamentos que toma habitualmente.** Obtendrá más y posiblemente pague menos, sobre todo cuando surta sus medicamentos en una farmacia de pedido por correo con costos compartidos preferidos.

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. \*Algunos medicamentos están limitados a un suministro de 30 días.

Si tiene preguntas y es afiliado de Humana, contacte a Atención al cliente al 1-800-457-4708 (TTY: 711). Si no es afiliado de Humana actualmente, contacte a un agente de ventas certificado de Humana al 1-844-775-9622 (TTY: 711), los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. del 1 de octubre de 2018 al 31 de marzo de 2019, 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. Para obtener más información, llame al 1-800-457-4708 (TTY: 711).



## 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, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. 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, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión.

Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan: (1) 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 además de (2) 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 **1-877-320-1235** 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, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión, 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 **1-877-320-1235** 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>, o por correo o por teléfono en **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>.

## Multi-Language Interpreter Services

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-320-1235 (TTY: 711)... ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711) 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 1-877-320-1235 (TTY: 711) ... CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-320-1235 (TTY: 711)... 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오 ... PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-320-1235 (TTY: 711)... ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-320-1235 (телетайп: 711)... ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-320-1235 (TTY: 711)... ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-320-1235 (ATS: 711)... UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711)... ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-320-1235 (TTY: 711)... ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711)... ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-320-1235 (TTY: 711)... 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。 1-877-320-1235 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。 ...

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-877-320-1235 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Díí baa akó nínizin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíłnih 1-877-320-1235 (TTY: 711)...

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-320-1235 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).