

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus[®] - Diabetes (HMO SNP)

Sur de Florida: Palm Beach
Condado de Palm Beach

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Florida: Palm Beach.

Humana[®]

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que usted comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un representante de servicio al cliente al **1-800-833-2364 (TTY: 711)**.

Entender los beneficios

- ☐ Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para los servicios por los cuales consulta regularmente a un médico. Visite **Humana.com/medicare** o llame al **1-800-833-2364 (TTY: 711)** para ver una copia de la Evidencia de cobertura.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos con los que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, probablemente tenga que seleccionar un médico nuevo.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, probablemente tenga que seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos recetados.

Entender las reglas importantes

- ☐ Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020.
- ☐ Los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores) no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia o urgencia.
- ☐ Este plan es un plan que cubre a personas con necesidades especiales que tienen afecciones crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene una afección crónica grave o incapacitante específica que califica para el plan.

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus[®] - Diabetes (HMO SNP)

Sur de Florida: Palm Beach
Condado de Palm Beach

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Florida: Palm Beach.

Humana[®]



Hablemos sobre Humana Gold Plus - Diabetes (HMO SNP)

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

Humana Gold Plus - Diabetes (HMO SNP) es un plan de cuidado coordinado 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 - Diabetes (HMO SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, haber recibido un diagnóstico de Diabetes Mellitus y vivir en nuestra área de servicio.

Nombre del plan:

Humana Gold Plus - Diabetes (HMO SNP)

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 31 de marzo:

Llame los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

1 de abril al 30 de septiembre:

Llame de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede visitar nuestro sitio web: **espanol.humana.com/medicare**.

Más información sobre Humana Gold Plus - Diabetes (HMO SNP)

¿Tiene Medicare y Medicaid? Si es beneficiario con doble elegibilidad inscrito tanto en Medicare como en el programa del estado, posiblemente no tenga que pagar los costos médicos indicados en este folleto, y los costos de medicamentos recetados también serán más bajos.

Si tiene Medicaid, asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid además de su tarjeta de afiliado de Humana para que su proveedor tenga conocimiento de que usted puede tener cobertura adicional. Humana paga primero sus servicios y luego los paga Medicaid.

Como afiliado debe seleccionar a un médico dentro de la red para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP). Humana Gold Plus - Diabetes (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. También tiene acceso a coordinadores de cuidado de la salud. Los coordinadores de cuidado de la salud son enfermeros o coordinadores capacitados para ayudar a mejorar la calidad de vida al ofrecer apoyo proactivo y coordinar servicios claves para ayudarle a manejar mejor su salud. Si tiene una enfermedad grave o afección crónica, estaremos a su servicio para apoyarlos a usted y al plan de cuidado de su médico.



Una asociación saludable

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



Prima mensual, deducible y límites

Prima mensual del plan	\$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	\$150 para Nivel 4, Nivel 5
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

Cuidado hospitalario a pacientes internados con afecciones agudas	Copago de \$195 por día por los días 1 a 9 Copago de \$0 por día por los días 10 a 90 Su plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización.
Cobertura hospitalaria ambulatoria	• Cirugía ambulatoria en un hospital ambulatorio: Copago de \$150 • Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria: Copago de \$100
Visitas al consultorio médico	• Proveedor de cuidado primario: Copago de \$0 • Especialista: Copago de \$30
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)

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina “referido”. 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, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

- 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 de cáncer de pulmón
- Examen físico rutinario
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare

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 **\$90**

Si usted es admitido en el hospital dentro de las primeras 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 **\$30** 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 **\$0 a \$50**
- Radiología de diagnóstico: Copago de **\$30 a \$150**
- Servicios de laboratorio: Copago de **\$0 a \$50**
- Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Copago de **\$0 a \$50**
- Radiografías para pacientes ambulatorios: Copago de **\$0 a \$50**
- Radioterapia: Copago de **\$0 a \$50**

Servicios de la audición

Examen auditivo cubierto por Medicare: Copago de **\$30**

Servicios auditivos rutinarios HER751:

- Copago de **\$0** por ajuste/evaluación, examen auditivo rutinario, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$500** por oído por año para audífonos (de todo tipo).
- Tenga en cuenta: incluye un suministro de baterías para un mes y garantía de dos años.

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". 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, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

Servicios dentales

Servicios dentales cubiertos por Medicare: Copago de **\$30**

Servicios dentales rutinarios DEN849:

Los costos compartidos que se indican a continuación son lo que usted paga por el servicio cubierto.

- Copago de **\$0** por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.
- Copago de **\$0** por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, hasta 1 por año.
- Copago de **\$0** por empaste de amalgama y/o composite, examen oral periódico y/o evaluación oral integral, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.
- Copago de **\$0** por anestesia necesaria con servicios cubiertos, sin límite por año.

Utilice la red CAREington Medicare para los beneficios dentales suplementarios obligatorios. Puede encontrar el localizador de proveedores en espanol.humana.com > "Encontrar un médico" > en el menú desplegable Tipo de búsqueda, seleccione "Planes dentales" > bajo Tipo de cobertura, seleccione "Todas las redes dentales" > ingrese el código postal > en el menú desplegable Red, seleccione "CAREington Medicare".

Servicios para la vista

- Servicios para la vista cubiertos por Medicare: Copago de **\$30**
- Examen de la vista para diabéticos: Copago de **\$0**
- Prueba de detección de glaucoma: Copago de **\$0**
- Anteojos o lentes de contacto (posterior a cataratas): Copago de **\$0**

Servicios rutinarios para la vista VIS114:

- 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.

Busque proveedores de servicios para la vista en la red médica de este plan Medicare Advantage.

Servicios para la salud mental

Paciente internado:

- Copago de **\$195** por día por los días 1 a 8
- Copago de **\$0** por día por los días 9 a 90
- Su plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico

Paciente ambulatorio (consultas de terapia individual y grupal):

Copago de **\$30 a \$50**

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

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". 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, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

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

- Copago de **\$0** por día por los días 1 a 20
- Copago de **\$60** por día por los días 21 a 100
- Su plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF)

Terapia física

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

- Copago de **\$30 a \$40**

BENEFICIOS ADICIONALES

Ambulancia (terrestre)

\$250 por fecha de servicio

Transporte

Copago de **\$0** por una cantidad ilimitada de viajes a localidades aprobadas por el plan

El afiliado *debe* contactar al proveedor de transporte para organizar el transporte.



Beneficios de medicamentos recetados

Medicamentos de la Parte B de Medicare

- Medicamentos para quimioterapia: **\$0** o **20%** del costo
- Otros medicamentos de la Parte B: **\$0** o **20%** del costo

Los costos compartidos dependen de si el medicamento es preferido o no preferido. Contáctenos para más detalles.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Deducible Este plan tiene un deducible de **\$150** para medicamentos en el Nivel 4, Nivel 5. Usted paga el costo total de estos medicamentos hasta que alcance \$150. Luego, usted solo paga su costo compartido.

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 **\$3,820**. Los costos totales de medicamentos durante el año son los costos totales de medicamentos que pagan ambos, usted y nuestro plan. Una vez que llegue a esta cantidad, ingresará en el Período sin cobertura.

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina “referido”. 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, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

Costos compartidos preferidos

Opciones de farmacias	Minorista Para buscar las farmacias minoristas con costos compartidos preferidos cerca de su domicilio, vaya a Humana.com/pharmacyfinder		Pedido por correo Humana Pharmacy®	
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$7	\$21	\$7	\$0
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$131
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$97	\$291	\$97	\$281
Nivel 5: Nivel de especialidad	30%	No aplica	30%	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
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$12	\$36	\$12	\$36
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$100	\$300	\$100	\$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	30%	No aplica	30%	No aplica

Es posible que los medicamentos genéricos estén cubiertos en otros niveles aparte del Nivel 1 y el Nivel 2. Por consiguiente, revise la Lista de medicamentos de Humana de este plan para validar el nivel específico en el cual están cubiertos sus medicamentos.

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

COBERTURA ADICIONAL PARA MEDICAMENTOS

Medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés) Con cobertura por la cantidad del costo compartido del Nivel 1.

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 (de 31 a 60 días)
- Suministro de tres meses (de 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, usted paga el **25 por ciento** de los costos del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el **37 por ciento** de los costos del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos totales sumen **\$5,100**, momento en el que finaliza el período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.

Con este plan, es posible que pague aún menos por lo siguiente:

Nivel 1 (Genéricos preferidos) - Todos los medicamentos

Nivel 2 (Genéricos) - Todos los medicamentos

Para más información sobre los costos compartidos en el período sin cobertura, llámenos o consulte nuestra Evidencia de cobertura en línea.

Cobertura catastrófica

Después de que sus costos anuales de desembolso personal por medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y por correo) alcancen **\$5,100**, usted paga la cantidad mayor de:

- el **5%** del costo, o
- un copago de **\$3.40** por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de **\$8.50** por todos los demás medicamentos



Beneficios adicionales

Cuidado de los pies cubierto por Medicare (podología) Copago de **\$30**

Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare Copago de **\$20**

Equipo/suministros médicos

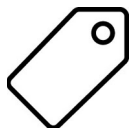
Los costos compartidos pueden variar según el servicio y el lugar donde se provea el servicio

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

Servicios de rehabilitación

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

- Terapia física, ocupacional y del habla: Copago de **\$30** a **\$40**
- Rehabilitación cardíaca: Copago de **\$30**
- Rehabilitación pulmonar: Copago de **\$30**



Más beneficios de su plan

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

Acupuntura

Copago de **\$0** por consulta hasta 25 consultas cada 12 meses

Las normas de autorización se aplican después de 8 consultas

Terapia de nutrición mejorada

Asesoramiento adicional personalizado para la terapia de nutrición.

Cuidado rutinario de los pies

Copago de **\$30** por consulta por ilimitadas consultas

Programa de comidas Well Dine

El programa de comidas de Humana para afiliados con ciertas afecciones específicas del plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) o después de una estadía como paciente internado en el hospital o un centro de enfermería

Línea directa de enfermería HumanaFirst®

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

Pedido por correo de productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)

Hasta un valor mensual de **\$15** para la compra de suministros de venta sin receta del servicio de entrega por correo de Humana Pharmacy.

Control del peso

Consultas personalizadas semanales para hablar sobre los desafíos de bajar y/o controlar el peso, obtener apoyo para alcanzar sus objetivos de peso y celebrar el éxito logrado.

Go365™ de Humana

Recompensas por completar ciertas actividades de salud y bienestar y pruebas de detección preventivas.

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 <https://espanol.humana.com/members/tools> o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos uno.



Puede ver la **lista de medicamentos** de nuestro plan en nuestro sitio web en https://espanol.humana.com/medicare/medicare_prescription_drugs/medicare_drug_tools/medicare_drug_list/ o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos una.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-457-4708 (TTY: 711) para obtener más información.

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.

Esta información está disponible en otro formato, incluido en Braille, en letra grande y en cintas de audio. Llame a Atención al cliente al número indicado al comienzo de este documento si necesita información del plan en otro formato.

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-833-2364 (TTY: 711).

Humana ha sido aprobada por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para operar como un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) hasta el 12/31/2019 basado en una revisión del Modelo de cuidado de Humana.

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

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. There is no handwriting or other markings on the paper.

[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, 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. 1-877-320-1235 **(TTY: 711)** تماس بگیرید.

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'anída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hólq, 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)**.

Humana Gold Plus - Diabetes (HMO
SNP)

H1036130000 SPA

Condado de Palm Beach



espanol.humana.com

H1036130000SBSP19