2019

Resumen de beneficios

Beneficios suplementarios opcionales

HumanaChoice® H5216-170 (PPO)

Norte de New Jersey
Condados de Bergen, Hudson y Morris

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.
- ☐ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos provistos por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar proveerle tratamiento. Los proveedores no contratados pueden negar el cuidado médico, excepto en situaciones de emergencia o urgencia. Además, es posible que pague un copago más alto por los servicios provistos de los proveedores no contratados.

2019

Resumen de beneficios

HumanaChoice® H5216-170 (PPO)

Norte de New Jersey
Condados de Bergen, Hudson y Morris

Humana®

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en New Jersey: Bergen, Hudson, Morris.

Hablemos sobre HumanaChoice H5216-170 (PPO)

Obtenga más información sobre el plan HumanaChoice H5216-170 (PPO), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

HumanaChoice H5216-170 (PPO) es un plan PPO 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 HumanaChoice H5216-170 (PPO), 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:

HumanaChoice H5216-170 (PPO)

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 HumanaChoice H5216-170 (PPO)

¿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, es buena idea seleccionar a un médico para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP). HumanaChoice H5216-170 (PPO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que esté sujeto a un coseguro o copagos superiores.

Una asociación saludable

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

Prima mensual, deducible y límites

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
COSTOS DEL PLAN		
Prima mensual del plan Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	**$29**	
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.	
Deducible de farmacia (Parte D)	**$250** para Nivel 4,Nivel 5	
Responsabilidad máxima de desembolso personal La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.	**$5,400** dentro de la red **$10,000** combinado dentro y fuera de la red	**$10,000** combinado dentro y fuera de la red

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, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
CUIDADO HOSPITALARIO A PACIENTES INTERNADOS CON AFECCIONES AGUDAS		
	Copago de **$275** por día por los días 1 a 5 Copago de **$0** por día por los días 6 a 90 Su plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización.	Copago de **$275** por día por los días 1 a 5 Copago de **$0** por día por los días 6 a 90
COBERTURA HOSPITALARIA AMBULATORIA		
Cirugía ambulatoria en un hospital ambulatorio	Copago de **$275**	Copago de **$275**
Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria	Copago de **$225**	Copago de **$225**
VISITAS AL CONSULTORIO MÉDICO		
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	Copago de **$0**	Copago de **$5**
Especialistas	Copago de **$20**	Copago de **$25**
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)	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, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
	• 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" (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.**	

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, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA		
Sala de emergencias 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.	Copago de **$90**	Copago de **$90**
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 **$15** en un centro de cuidado de urgencia	Copago de **$20** en un centro de cuidado de urgencia
CUIDADO AMBULATORIO Y 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 **$20** a **$70**	Copago de **$25** a **$75**
Radiología de diagnóstico	Copago de **$0** a **$275**	Copago de **$5** a **$275**
Servicios de laboratorio	Copago de **$0** a **$20**	Copago de **$0** a **$25**
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	Copago de **$0** a **$70**	Copago de **$5** a **$75**
Radiografías para pacientes ambulatorios	Copago de **$0** a **$70**	Copago de **$5** a **$75**
Radioterapia	**20%** del costo	**20%** del costo
SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN		
Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de **$20**	Copago de **$25**

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, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios auditivos rutinarios HER944	• Copago de **$0** por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. • Copago de **$0** por ajuste/evaluación, hasta 3 por año. • Copago de **$399** por audífono de nivel avanzado, hasta 1 por oído por año. • Copago de **$699** para compra de audífono premium, hasta 1 por oído por año. • Tenga en cuenta: Incluye 48 baterías por audífono y garantía de 3 años.	• Copago de **$0** por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. • Copago de **$0** por ajuste/evaluación, hasta 3 por año. • Copago de **$399** por audífono de nivel avanzado, hasta 1 por oído por año. • Copago de **$699** para compra de audífono premium, hasta 1 por oído por año. • Tenga en cuenta: Incluye 48 baterías por audífono y garantía de 3 años. • Se debe utilizar el proveedor TruHearing para el beneficio de audífonos dentro y fuera de la red. • Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las exclusiones, limitaciones y/o cantidades máximas del beneficio dentro de la red.
SERVICIOS DENTALES Los costos compartidos que se indican a continuación son lo que usted paga por el servicio cubierto Se dispone de beneficios dentales adicionales con una prima mensual por separado. Consulte la página "Beneficios suplementarios opcionales" para obtener detalles.		
Servicios dentales cubiertos por Medicare	Copago de **$20**	Copago de **$25**
Servicios dentales rutinarios DEN768 Utilice la red HumanaDental 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	• Coseguro del **0%** por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año. • Coseguro del **0%** por examen oral periódico y/o evaluación oral integral, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. • Coseguro del **0%** por anestesia necesaria con servicios cubiertos, sin límite por año. • Coseguro del **50%** por empaste de amalgama y/o composite, hasta 2 por año.	• Coseguro del **50%** por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año. • Coseguro del **50%** por examen oral periódico y/o evaluación oral integral, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. • Coseguro del **50%** por anestesia necesaria con servicios cubiertos, sin límite por año. • Coseguro del **55%** por empaste de amalgama y/o composite, hasta 2 por año.

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, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
redes dentales" > ingrese el código postal > en el menú desplegable de Red, seleccione "HumanaDental Medicare".	• Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **$1000** por año para empaste de amalgama y/o composite, radiografías de mordida, anestesia necesaria con servicios cubiertos, examen oral periódico y/o evaluación oral integral, profilaxis (limpieza).	• Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **$1000** por año para empaste de amalgama y/o composite, radiografías de mordida, anestesia necesaria con servicios cubiertos, examen oral periódico y/o evaluación oral integral, profilaxis (limpieza). • Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las exclusiones, limitaciones y/o cantidades máximas del beneficio dentro de la red.
SERVICIOS PARA LA VISTA		
Servicios para la vista cubiertos por Medicare	Copago de **$20**	Copago de **$25**
Examen de la vista para diabéticos	Copago de **$0**	Copago de **$25**
Pruebas de detección de glaucoma	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Anteojos o lentes de contacto (posterior a cataratas)	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Servicios rutinarios para la vista VIS752 Puede encontrar el localizador de proveedores en espanol.humana.com > Encontrar un médico ("Find a Doctor") > en el menú desplegable del Tipo de búsqueda ("Search Type"), elija Planes de la vista ("Vision") > EyeMed Select Network.	• Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$75** por año para 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 incluirán un filtro de protección ultravioleta y una capa contra rayaduras.	• Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$75** por año para 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 incluirán un filtro de protección ultravioleta y una capa contra rayaduras. • Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las exclusiones, limitaciones y/o cantidades máximas del beneficio dentro de la red.

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, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL		
Paciente internado Su plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Copago de **$275** por día por los días 1 a 5 Copago de **$0** por día por los días 6 a 90	Copago de **$275** por día por los días 1 a 5 Copago de **$0** por día por los días 6 a 90
Consultas de terapia individual y grupal como paciente ambulatorio Los costos compartidos pueden variar según el lugar donde se provea el servicio.	Copago de **$20** a **$70**	Copago de **$25** a **$75**
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** por día por los días 1 a 20 Copago de **$172** por día por los días 21 a 100	**20%** del costo
TERAPIA FÍSICA		
	Copago de **$20**	Copago de **$25**
AMBULANCIA		
Ambulancia (terrestre)	**$265** por fecha de servicio	**$265** por fecha de servicio
TRANSPORTE		
	Sin cobertura	Sin cobertura

Beneficios de medicamentos recetados

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE		
Medicamentos para quimioterapia	**20%** del costo	**20%** del costo
Otros medicamentos de la Parte B	**20%** del costo	**20%** del costo
MEDICAMENTOS RECETADOS		

Deducible Este plan tiene un deducible de **$250** para medicamentos en el Nivel 4,Nivel 5. Usted pagará el costo total de estos medicamentos hasta que alcance $250. Luego, 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.

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, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una 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	$2	$6	$2	$0
Nivel 2: Genéricos	$8	$24	$8	$0
Nivel 3: De marca preferidos	$47	$141	$47	$131
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	$100	$300	$100	$290
Nivel 5: Nivel de especialidad	28%	No aplica	28%	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	$10	$30	$10	$30
Nivel 2: Genéricos	$20	$60	$20	$60
Nivel 3: De marca preferidos	$47	$141	$47	$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	$100	$300	$100	$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	28%	No aplica	28%	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.

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.

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 medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de **$8.50** por todos los demás medicamentos

Beneficios adicionales

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Cuidado de los pies cubierto por Medicare (podología)	Copago de **$20**	Copago de **$25**
Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	Copago de **$10**	Copago de **$25**
EQUIPO/SUMINISTROS MÉDICOS		
Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	**20%** del costo	**20%** del costo
Suministros médicos	**20%** del costo	**20%** del costo

Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)	**20%** del costo	**20%** del costo
Suministros para el control de la diabetes Los costos compartidos pueden variar según el lugar donde se provea el servicio.	Copago de **$0** o **10%** a **20%** del costo	**20%** del costo
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN		
Terapia física, ocupacional y del habla	Copago de **$20**	Copago de **$25**
Rehabilitación cardíaca	Copago de **$20**	Copago de **$25**
Rehabilitación pulmonar	Copago de **$20**	Copago de **$25**

Más beneficios de **su plan**

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

Cobertura de viajes
Como afiliado de HumanaChoice (PPO), usted tiene el beneficio de usar la red de proveedores de Humana en todo Estados Unidos (no disponible en todos los condados). Si se encuentra de visita en otra área de servicio de HumanaChoice (PPO), sencillamente acceda a un proveedor de la red de Humana para recibir su nivel de beneficios dentro de la red hasta por doce meses consecutivos. Usted paga su copago o coseguro de la red cuando consulta a un proveedor participante por cuidado médico que no sea de emergencia, incluido el cuidado preventivo, el cuidado de especialistas y las hospitalizaciones. Visite **espanol.humana.com** o contacte con Atención al cliente al número que está al reverso de su tarjeta de identificación si necesita ayuda para buscar un proveedor de la red.

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 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)
Subsidio de hasta **$50** cada 3 meses para la compra de suministros de venta sin receta del servicio de entrega por correo de Humana Pharmacy.

Consultas virtuales: médicas
Acceso a médicos y otros profesionales médicos por teléfono y/o mediante tecnologías de video para el diagnóstico y tratamiento de ciertos problemas de la salud que no sean casos de emergencia.

Usted paga un copago de **$10** para recibir una consulta médica remota.

Consultas virtuales: salud mental y del comportamiento
Acceso a médicos y otros profesionales de la salud mental por teléfono y/o mediante tecnologías de video para el diagnóstico y tratamiento de ciertas dificultades de la salud mental o del comportamiento que no sean casos de emergencia.

Usted paga un copago de **$20** para recibir una consulta de salud mental y del comportamiento remota.

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.

Beneficios suplementarios opcionales

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

$27.60

MyOption Enhanced Dental DEN840
Mejora la cobertura dental ya incluida en su plan Medicare Advantage con beneficios adicionales para servicios preventivos, básicos y mayores tanto con dentistas dentro de la red (red HumanaDental Medicare) como fuera de la red. Estos beneficios adicionales, además de los beneficios básicos, tienen una prima mensual adicional.

$32.50

MyOption Total Dental DEN984
Mejora la cobertura dental ya incluida en su plan Medicare Advantage con beneficios adicionales para ciertos servicios preventivos, básicos y mayores tanto con dentistas dentro de la red (red HumanaDental Medicare) como fuera de la red. 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 mayor. 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 **directorio 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).

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

Las limitaciones para los servicios de medicamentos recetados y cuidado de la salud prestados a través de opciones de comunicaciones y consultas virtuales varían según el estado. Los servicios de consultas virtuales no sustituyen el cuidado médico en casos de emergencia y no tienen como fin reemplazar a su proveedor de cuidado primario ni a otros proveedores de la red. Este material se provee únicamente para uso informativo y no se debe considerar como asesoramiento médico ni utilizar en lugar de una consulta con un profesional médico certificado.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación de tratar a los afiliados de Humana, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

2019

Beneficios suplementarios opcionales

HumanaChoice®
H5216-170 (PPO)

Norte de New Jersey
Condados de Bergen, Hudson y Morris

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 inscribe en 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. No obstante, tenga en cuenta que, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y los días festivos. Indique su nombre y número de teléfono, y lo volveremos a llamar antes de finalizar el siguiente día hábil.

MyOption℠ Enhanced Dental (DEN840)

El beneficio MyOption℠ Enhanced Dental le ayuda a planificar fácilmente su cuidado dental.

Así es cómo funciona el beneficio:

Prima mensual	**$27.60**		
Beneficio máximo	Humana paga hasta **$2,000** por año calendario		
Servicios dentales cubiertos	**Dentro de la red*, usted paga**	**Fuera de la red**, usted paga**	**Limitaciones de beneficios por año calendario**
Servicios dentales preventivos y de diagnóstico			
Exámenes orales	**0%**	**50%**	Dos por año
Examen periodontal	**0%**	**50%**	Un procedimiento cada tres años
Profilaxis dental (limpiezas)	**0%**	**50%**	Dos por año
Tratamiento con flúor	**0%**	**50%**	Dos por año
Radiografía de mordida	**0%**	**50%**	Un juego por año
Radiografía intraoral	**0%**	**50%**	Un juego por año
Radiografías panorámicas o de diagnóstico	**0%**	**50%**	Un juego cada cinco años
Servicios dentales básicos (de restauración menor)			
Restauraciones con amalgama (empastes de plata)	**50%**	**55%**	Dos por año
Restauraciones con resina de composite (empastes blancos)	**50%**	**55%**	

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (continuación)

Servicios dentales cubiertos	Dentro de la red*, usted paga	Fuera de la red**, usted paga	Limitaciones de beneficios por año calendario
Servicios dentales básicos (de restauración menor)			
Extracciones (sacar dientes), no quirúrgicas y quirúrgicas	**50%**	**55%**	Dos por año
Recementado	**50%**	**55%**	Un procedimiento cada cinco años
Tratamiento de emergencia para el dolor	**50%**	**55%**	Dos por año
Anestesia	**0%**	**50%**	Cantidad ilimitada por año calendario
Servicios dentales mayores (endodoncia, periodoncia y cirugía oral)			
Mantenimiento periodontal	**70%**	**75%**	Dos por año
Coronas	**70%**	**75%**	Dos por año
Alisado y raspado radicular periodontal (limpieza profunda)	**70%**	**75%**	Un procedimiento por cada cuadrante cada tres años

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

*Los dentistas dentro de la red acordaronhan acordado proveer los servicios con una tarifa que corresponde a los proveedores dentro de la red. Si consulta a un dentista de la red, no puede cobrarle más de la tarifa que corresponde a los proveedores dentro de la red.

**Si utiliza un dentista fuera de la red, la parte del costo que a usted le corresponde puede ser superior.

Los beneficios dentales suplementarios opcionales de Humana se proporcionan a través de la red de Humana Dental Medicare. Puede encontrar el localizador de proveedores en espanol.humana.com > Encontrar un médico ("Find a Doctor") > en el menú desplegable del Tipo de búsqueda ("Search Type"), elija Planes dentales ("Dental") > HumanaDental Medicare.

MyOption℠ Total Dental (DEN984)

El beneficio MyOption℠ Total Dental le facilita la planificación de su cuidado dental.

Así es cómo funciona el beneficio:

Prima mensual	**$32.50**
Beneficio máximo	Humana paga hasta **$2,000** por año calendario

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (continuación)

Servicios dentales cubiertos	Dentro de la red*, usted paga	Fuera de la red**, usted paga	Limitaciones de beneficios por año calendario
Servicios dentales preventivos y de diagnóstico			
Exámenes orales	**0%**	**50%**	Dos por año
Examen periodontal	**0%**	**50%**	Uno cada tres años
Profilaxis dental (limpiezas)	**0%**	**50%**	Dos por año
Radiografías panorámicas o de diagnóstico	**0%**	**50%**	Un juego por año
Radiografías intraorales	**0%**	**50%**	Un juego por año
Radiografía de mordida	**0%**	**50%**	Un juego por año
Tratamiento con flúor	**0%**	**50%**	Dos por año
Servicios dentales básicos (de restauración menor)			
Restauraciones (empastes) con amalgama (de plata)	**50%**	**55%**	Dos por año
Restauraciones con resinas de composite (empastes blancos)	**50%**	**55%**	
Extracciones (sacar dientes), no quirúrgicas y quirúrgicas	**50%**	**55%**	Dos por año
Recementado	**70%**	**75%**	Un procedimiento cada cinco años
Tratamiento de emergencia para el dolor	**50%**	**55%**	Dos por año
Anestesia	**0%**	**50%**	Cantidad ilimitada de procedimientos por año
Servicios dentales mayores (endodoncia, periodoncia y cirugía oral)			
Mantenimiento periodontal	**70%**	**75%**	Dos por año
Alisado y raspado radicular periodontal (limpieza profunda)	**70%**	**75%**	Un procedimiento por cada cuadrante por año
Tratamiento de conducto radicular	**70%**	**75%**	Uno por año
Coronas	**70%**	**75%**	Dos por año
Cirugía oral	**70%**	**75%**	Dos por año
Dentaduras postizas completas (incluido cuidado rutinario posterior a la entrega)	**70%**	**75%**	Una dentadura postiza superior y/o inferior completa cada cinco años
Prótesis parciales	**70%**	**75%**	Una prótesis parcial superior e/o inferior cada cinco años

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (continuación)

Servicios dentales cubiertos	Dentro de la red*, usted paga	Fuera de la red**, usted paga	Limitaciones de beneficios por año calendario
Servicios dentales mayores (endodoncia, periodoncia y cirugía oral)			
Ajustes de dentaduras postizas (no están cubiertos dentro de los seis meses a partir de la colocación inicial)	**70%**	**75%**	Uno por año
Revestimiento de dentaduras postizas (no permitido en dentaduras postizas de repuesto)	**70%**	**75%**	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.

*Los dentistas de la red han acordado proveer los servicios con una tarifa que corresponde a los proveedores dentro de la red. Si consulta a un dentista de la red, no puede cobrarle más de la tarifa que corresponde a los proveedores dentro de la red.

**Si utiliza un dentista fuera de la red, la parte del costo que a usted le corresponde puede ser superior.

Los beneficios dentales suplementarios opcionales de Humana se proporcionan a través de la red de Humana Dental Medicare. Puede encontrar el localizador de proveedores en espanol.humana.com > Encontrar un médico ("Find a Doctor") > en el menú desplegable del Tipo de búsqueda ("Search Type"), elija Planes dentales ("Dental") > HumanaDental Medicare.

Humana es un plan Medicare Advantage PPO 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) 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 obtener servicios cubiertos de proveedores que no pertenecen a la red a un costo mayor. 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

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 تماس بگیرید. **(TTY: 711)**

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih 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)**.

HumanaChoice H5216-170 (PPO)
H5216170000 SPA
Condados de Bergen, Hudson y Morris

espanol.humana.com

H5216170000SBSP19