

Resumen de beneficios

Beneficios suplementarios opcionales

HumanaChoice[®] H5525-035 (PPO)

Determinada área en North Carolina

Determinados condados en North Carolina

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

- ☐ Usted no paga una prima mensual separada por este plan de Humana, pero 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.

Resumen de beneficios

HumanaChoice[®] H5525-035 (PPO)

Determinada área en North Carolina
Determinados condados en North Carolina

Humana[®]

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en North Carolina: Alleghany, Ashe, Bertie, Camden, Chowan, Cumberland, Currituck, Duplin, Franklin, Gates, Granville, Greene, Halifax, Hertford, Hyde, Jones, Montgomery, Moore, Northampton, Pasquotank, Perquimans, Richmond, Sampson, Scotland, Surry, Tyrrell, Vance, Warren, Washington, Wilkes, Wilson.



Hablemos sobre HumanaChoice H5525-035 (PPO)

Obtenga más información sobre el plan HumanaChoice H5525-035 (PPO), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

HumanaChoice H5525-035 (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 H5525-035 (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 H5525-035 (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 H5525-035 (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 H5525-035 (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.	\$0	
Reducción en la prima de parte B	\$52	
Deducible médico		\$500 combinado dentro y fuera de la red Todos los servicios recibidos de proveedores dentro de la red están excluidos del deducible combinado. Los servicios que no están cubiertos por Medicare original, los servicios de ambulancia, los servicios de sala de emergencias, los servicios que se necesitan con urgencia en centros de cuidado de urgencia y las vacunas (contra la influenza y la neumonía) recibidos de proveedores fuera de la red también están excluidos del deducible combinado.
Deducible de farmacia (Parte D)	\$265 para Nivel 3, 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.	\$6,700 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 **\$450** por día por los días 1 a 4
 Copago de **\$0** por día por los días 5 a 90
 Su plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización.

COBERTURA HOSPITALARIA AMBULATORIA

Cirugía ambulatoria en un hospital ambulatorio Copago de **\$450** **50%** del costo

Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria Copago de **\$400** **50%** del costo

VISITAS AL CONSULTORIO MÉDICO

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de **\$20** **50%** del costo

Especialistas Copago de **\$50** **50%** del costo

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)

\$0 o 50% del costo, según el servicio y el lugar donde se provea

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

- 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.

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 (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 \$40 en un centro de cuidado de urgencia	50% del costo 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 \$50 a \$70	50% del costo
Radiología de diagnóstico	Copago de \$180 a \$250	50% del costo
Servicios de laboratorio	Copago de \$0 a \$40	50% del costo
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	Copago de \$0 a \$100	50% del costo
Radiografías para pacientes ambulatorios	Copago de \$20 a \$100	50% del costo
Radioterapia	\$50 o 20% del costo	50% del costo
SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN		
Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de \$50	50% del costo
SERVICIOS DENTALES 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 \$50	50% del costo

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 VISTA		
Se dispone de beneficios para la vista adicionales con una prima mensual por separado. Consulte la página “Beneficios suplementarios opcionales” para obtener detalles.		
Servicios para la vista cubiertos por Medicare	Copago de \$50	50% del costo
Examen de la vista para diabéticos	Copago de \$0	50% del costo
Pruebas de detección de glaucoma	Copago de \$0	50% del costo
Anteojos o lentes de contacto (posterior a cataratas)	Copago de \$0	Copago de \$0
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 \$450 por día por los días 1 a 3 Copago de \$0 por día por los días 4 a 90	50% del costo
Consultas de terapia individual y grupal como paciente ambulatorio Los costos compartidos pueden variar según el lugar donde se provea el servicio.	Copago de \$40 a \$100	50% del costo
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	50% del costo
TERAPIA FÍSICA		
Los costos compartidos pueden variar según el servicio y el lugar donde se provea el servicio.	Copago de \$20 a \$40	50% del costo
AMBULANCIA		
Ambulancia (terrestre)	\$265 por fecha de servicio	\$265 por fecha de servicio
TRANSPORTE		
	Sin cobertura	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.



Beneficios de medicamentos recetados

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Medicamentos para quimioterapia	20% del costo	50% del costo
--	----------------------	----------------------

Otros medicamentos de la Parte B	20% del costo	50% del costo
---	----------------------	----------------------

MEDICAMENTOS RECETADOS

Deducible Este plan tiene un deducible de **\$265** para medicamentos en el Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5. Usted pagará el costo total de estos medicamentos hasta que alcance \$265. 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.

Costos compartidos preferidos

Opciones de farmacias	Minorista		Pedido por correo	
	Para buscar las farmacias minoristas con costos compartidos preferidos cerca de su domicilio, vaya a Humana.com/pharmacyfinder		Humana Pharmacy®	
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$5	\$15	\$5	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$15	\$45	\$15	\$0
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$131
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$99	\$297	\$99	\$287
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

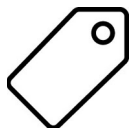
Después de que sus costos anuales de desembolso personal por medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y por correo) alcancen **\$5,100**, usted paga la cantidad mayor de:

- 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 \$50	50% del costo
Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	Copago de \$20	50% del costo
EQUIPO/SUMINISTROS MÉDICOS		
Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	20% del costo	45% del costo
Suministros médicos	20% del costo	45% del costo
Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)	20% del costo	45% 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	50% del costo
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN		
Terapia física, ocupacional y del habla Los costos compartidos pueden variar según el servicio y el lugar donde se provea el servicio.	Copago de \$20 a \$40	50% del costo
Rehabilitación cardíaca	Copago de \$20	50% del costo
Rehabilitación pulmonar	Copago de \$20	50% del costo



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.

Línea directa de enfermería

HumanaFirst®

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

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.

\$21.70

MyOption Dental - High DEN838

Incluye beneficios de servicios preventivos, básicos y mayores tanto con dentistas dentro de la red (red HumanaDental Medicare) como fuera de la red. Estos beneficios tienen una prima mensual adicional.

\$22.50

MyOption Plus DEN843 y VIS759

Incluye beneficios de servicios dentales preventivos y básicos tanto con dentistas dentro de la red (red HumanaDental Medicare) como fuera de la red, así como también beneficios para la vista. Este beneficio suplementario opcional provee a los afiliados beneficios adicionales para la vista, además de sus beneficios básicos para la vista, por una prima mensual adicional.

\$15.30

MyOption Vision VIS757

Ofrece a los afiliados acceso a la red EyeMed Vision Care Select Network y provee beneficios adicionales para la vista. 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.

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[®]
H5525-035 (PPO)

Determinada área en North Carolina
Determinados condados en North Carolina

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.

MyOptionSM Dental – High (DEN838)

El beneficio MyOptionSM Dental – High le ayuda a planificar fácilmente su cuidado dental.

Así es cómo funciona el beneficio:

Prima mensual	\$21.70		
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 (empastes) con amalgama (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)			
Alisado y raspado radicular periodontal (limpieza profunda)	70%	75%	Un procedimiento por cada cuadrante cada tres años
Mantenimiento periodontal	70%	75%	Dos procedimientos por año calendario
Coronas	70%	75%	Dos procedimientos por año calendario

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 suplementarios opcionales de Humana Dental 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.

MyOptionSM Plus (DEN843 & VIS759)

MyOptionSM Plus le ayuda a planificar fácilmente tanto su cuidado dental como su cuidado de la vista.

Así es cómo funciona el beneficio:

Prima mensual	\$22.50
Deducible anual	Dental: \$50 por año calendario para servicios básicos Para la vista: sin deducible anual

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (continuación)

Beneficio máximo	Dental: Humana paga hasta \$1,000 por año calendario Para la vista: Humana paga hasta \$290 por una montura de anteojos y un par de lentes 0 lentes de contacto (incluye convencionales o desechables)		
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%	30%	Dos por año
Profilaxis dental (limpiezas)	0%	30%	Dos por año
Radiografía de mordida	0%	30%	Un juego por año
Servicios dentales básicos (de restauración menor)			
Restauraciones con amalgama (empastes 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	50%	55%	Uno por año
Tratamiento de emergencia para el dolor	50%	55%	Dos por año
Anestesia	0%	30%	Cantidad ilimitada por año calendario
Beneficios para la vista cubiertos	Proveedor de cuidado de la vista de la red de EyeMed Select Network, usted paga	Proveedor de cuidado de la vista fuera de la red de EyeMed Select Network**, usted paga	Limitaciones de los beneficios
Examen rutinario con refracción/dilatación según sea necesario - subsidio de \$40*	\$0	Cualquier cantidad que supere los \$40	Uno por año

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (continuación)

Beneficios para la vista cubiertos	Proveedor de cuidado de la vista de la red de EyeMed Select Network, usted paga	Proveedor de cuidado de la vista fuera de la red de EyeMed Select Network**, usted paga	Limitaciones de los beneficios
Beneficio de \$290 (combinado dentro y fuera de la red) para la compra y de monturas y lentes, incluida la adaptación de anteojos y un par de lentes o lentes de contacto. Los anteojos incluirán un filtro de protección ultravioleta y una capa contra rayaduras. Los lentes de contacto incluirán los convencionales o los desechables. El beneficio se puede usar solamente una vez por año del plan. Los dólares que sobren del beneficio no se “transfieren” a una compra futura.	Cualquier cantidad que supere los \$290	Cualquier cantidad que supere los \$290	Uno por año

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

*Si utiliza un proveedor dental 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.

El cargo por el examen de la vista rutinario no excederá los **\$40** si se lo realiza en un **proveedor de servicios ópticos dentro de la red EyeMed Vision Care Select**. Infórmele al proveedor de la red que usted forma parte de EyeMed Select Network.

**Cuando use un proveedor fuera de la red, usted será responsable de pagar los costos que superen el subsidio y la cantidad aprobada por el plan. Usted es responsable de enviar un formulario de reclamación fuera de la red de EyeMed Vision Care con un recibo detallado al consultar a un proveedor que no sea de EyeMed Select. Puede encontrar los formularios de reclamación en Myhumana.com o puede llamar a Servicio al cliente de EyeMed al 1-844-828-8703, de lunes a sábado, de 7:30 a.m. a 11 p.m., y los domingos, de 11 a.m. a 8 p.m., hora del este.

MyOptionSM Vision (VIS757)

El beneficio MyOptionSM Vision le ayuda a planificar su cuidado de la vista.

Así es cómo funciona el beneficio:

Prima mensual	\$15.30		
Beneficio máximo	Humana paga hasta \$375 por una montura de anteojos y un par de lentes o lentes de contacto (convencionales o desechables) por año calendario		
Beneficios para la vista cubiertos	Proveedor de cuidado de la vista de la red de EyeMed Select Network usted paga	Proveedor de cuidado de la vista fuera de la red de EyeMed Select Network usted paga	Limitaciones de los beneficios
Examen rutinario con refracción/dilatación según sea necesario - subsidio de \$40*	\$0	Cualquier cantidad que supere los \$40	Uno por año
Beneficio de \$375 (combinado dentro y fuera de la red) para la compra y de monturas y lentes, incluida la adaptación de anteojos y un par de lentes o lentes de contacto con un proveedor de servicios ópticos. Los anteojos incluirán un filtro de protección ultravioleta y una capa contra rayaduras. Los lentes de contacto incluirán los convencionales o los desechables. Este beneficio se puede usar solamente una vez por año del plan. Los dólares que sobren del beneficio no se transfieren a una compra futura.	Cualquier cantidad que supere los \$375	Cualquier cantidad que supere los \$375	Uno por año

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

*El cargo por el examen de la vista rutinario no podrá exceder los **\$40** si se lo realiza en un **proveedor de servicios ópticos dentro de la red EyeMed Vision Care Select**. Infórmele al proveedor de la red que usted forma parte de EyeMed Select Network.

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (continuación)

Cuando use un proveedor fuera de la red, usted será responsable de pagar los costos que superen el subsidio y la cantidad aprobada por el plan. Usted es responsable de enviar un formulario de reclamación fuera de la red de EyeMed Vision Care con un recibo detallado al consultar a un proveedor que no sea de EyeMed Select. Puede encontrar los formularios de reclamación en [Myhumana.com](https://www.myhumana.com) o puede llamar a Servicio al cliente de EyeMed al 1-844-828-8703, de lunes a sábado, de 7:30 a.m. a 11 p.m., y los domingos, de 11 a.m. a 8 p.m., hora del este.

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

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'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)**.

HumanaChoice H5525-035 (PPO)
H5525035000 SPA
Determinados condados en North
Carolina

