

# Resumen de beneficios

## Beneficios suplementarios opcionales

---

### **Humana Gold Plus<sup>®</sup> - Diabetes and Heart (HMO SNP)**

Richmond-Tidewater  
Área de Richmond - Tidewater

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Virginia: Chesapeake City, Chesterfield, Colonial Heights City, Hampton City, Hanover, Henrico, Hopewell City, Newport News City, Norfolk City, Petersburg City, Portsmouth City, Richmond City, Virginia Beach City.

**Humana<sup>®</sup>**

## 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<sup>®</sup> - Diabetes and Heart (HMO SNP)**

Richmond-Tidewater  
Área de Richmond - Tidewater

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Virginia: Chesapeake City, Chesterfield, Colonial Heights City, Hampton City, Hanover, Henrico, Hopewell City, Newport News City, Norfolk City, Petersburg City, Portsmouth City, Richmond City, Virginia Beach City.

**Humana<sup>®</sup>**





# Hablemos sobre Humana Gold Plus - Diabetes and Heart (HMO SNP)

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

Humana Gold Plus - Diabetes and Heart (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 and Heart (HMO SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, haber recibido un diagnóstico de trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes mellitus y vivir en nuestra área de servicio.

## Nombre del plan:

Humana Gold Plus - Diabetes and Heart (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](http://espanol.humana.com/medicare)**.

## Más información sobre Humana Gold Plus - Diabetes and Heart (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 and Heart (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

<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b> Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible médico</b>	Este plan no tiene deducible.
<b>Deducible de farmacia (Parte D)</b>	<b>\$150</b> para Nivel 4, Nivel 5
<b>Responsabilidad máxima de desembolso personal</b>	<b>\$6,700</b> 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

<b>Cuidado hospitalario a pacientes internados con afecciones agudas</b>	Copago de <b>\$275</b> por día por los días 1 a 6 Copago de <b>\$0</b> por día por los días 7 a 90 Su plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización.
<b>Cobertura hospitalaria ambulatoria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía ambulatoria en un hospital ambulatorio: Copago de <b>\$275</b></li> <li>• Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria: Copago de <b>\$225</b></li> </ul>
<b>Visitas al consultorio médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de cuidado primario: Copago de <b>\$0</b></li> <li>• Especialista: Copago de <b>\$45</b></li> </ul>
<b>Cuidado preventivo</b>	<p><b>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo cuando usted consulta a un proveedor dentro de la red, que incluyen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Asesoramiento para abuso del alcohol</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento)</li> <li>• Pruebas de detección cardiovasculares</li> <li>• Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Prueba de detección de la depresión</li> <li>• Pruebas de detección de diabetes</li> <li>• Prueba de detección de VIH</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Prueba de detección para la obesidad y asesoramiento</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento</li> <li>• Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> </ul>

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.)

- 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 **\$35** en un centro de cuidado de urgencia

Los servicios que se necesitan con urgencia se proveen para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata.

### CUIDADO MÉDICO Y SERVICIOS AMBULATORIOS

#### Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes

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

- Mamografía de diagnóstico: Copago de **\$45 a \$75**
- Radiología de diagnóstico: Copago de **\$180 a \$250**
- Servicios de laboratorio: Copago de **\$0 a \$45**
- Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Copago de **\$0 a \$95**
- Radiografías para pacientes ambulatorios: Copago de **\$0 a \$95**
- Radioterapia: **\$45 o 20%** del costo

#### Servicios de la audición

Examen auditivo cubierto por Medicare: Copago de **\$45**

#### Servicios auditivos rutinarios HER939:

- Copago de **\$0** por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.
- Copago de **\$0** por ajuste/evaluación, hasta 3 por año.
- Copago de **\$499** por audífono de nivel avanzado, hasta 1 por oído por año.
- Copago de **\$799** 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.

*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.)

### Servicios dentales

Servicios dentales cubiertos por Medicare: Copago de **\$45**

#### **Servicios dentales rutinarios DEN975:**

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

- Coseguro del **0%** por examen periodontal, hasta 1 cada 3 años.
- Coseguro del **0%** por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años.
- Coseguro del **0%** por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.
- Coseguro del **0%** por radiografías intraorales, hasta 1 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, extracción simple o quirúrgica, hasta 2 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$1000** por año para empaste de amalgama y/o composite, radiografías de mordida, radiografías intraorales, anestesia necesaria con servicios cubiertos, radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, examen oral periódico y/o evaluación oral integral, examen periodontal, profilaxis (limpieza), extracción simple o quirúrgica.

Utilice la red HumanaDental Medicare para los beneficios dentales suplementarios obligatorios. Puede encontrar el localizador de proveedores en [espanol.humana.com](http://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 de Red, seleccione "HumanaDental Medicare".

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

*No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.*



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

### Servicios para la vista

- Servicios para la vista cubiertos por Medicare: Copago de **\$45**
- 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 VIS734:

- 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.

Puede encontrar el localizador de proveedores en [espanol.humana.com](http://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.

### Servicios para la salud mental

#### Paciente internado:

- Copago de **\$275** por día por los días 1 a 6
- Copago de **\$0** por día por los días 7 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 **\$40 a \$95**

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

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

- Copago de **\$0** por día por los días 1 a 20
- Copago de **\$172** 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 **\$10 a \$40**

## BENEFICIOS ADICIONALES

### Ambulancia (terrestre)

**\$265** por fecha de servicio

### Transporte

Copago de **\$0** por hasta 36 viajes sencillos a localidades aprobadas por el plan. Máximo de 50 millas por viaje.

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

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

### 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.

### Costos compartidos preferidos

Opciones de farmacias	Minorista		Pedido por correo	
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
	Para buscar las farmacias minoristas con costos compartidos preferidos cerca de su domicilio, vaya a <b>Humana.com/pharmacyfinder</b>		Humana Pharmacy®	
<b>Nivel 1:</b> Genéricos preferidos	\$4	\$12	\$4	\$0
<b>Nivel 2:</b> Genéricos	\$12	\$36	\$12	\$0
<b>Nivel 3:</b> De marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$131
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos no preferidos	\$100	\$300	\$100	\$290
<b>Nivel 5:</b> Nivel de especialidad	30%	No aplica	30%	No aplica
<b>Nivel 6:</b> Medicamentos selectos	\$0	\$0	\$0	\$0

**Costos compartidos estándares**

<b>Opciones de farmacias</b>	<b>Minorista</b> Todas las demás farmacias minoristas de la red.		<b>Pedido por correo</b> Walmart Mail	
	<b>Suministro de 30 días</b>	<b>Suministro de 90 días</b>	<b>Suministro de 30 días</b>	<b>Suministro de 90 días</b>
<b>Nivel 1:</b> Genéricos preferidos	\$10	\$30	\$10	\$30
<b>Nivel 2:</b> Genéricos	\$20	\$60	\$20	\$60
<b>Nivel 3:</b> De marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$141
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos no preferidos	\$100	\$300	\$100	\$300
<b>Nivel 5:</b> Nivel de especialidad	30%	No aplica	30%	No aplica
<b>Nivel 6:</b> Medicamentos selectos	\$0	\$0	\$0	\$0

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 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 **\$45**

**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): **20%** del costo
- Suministros médicos: **20%** del costo
- Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos): **20%** del costo
- 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 **\$10** a **\$40**
- Rehabilitación cardíaca: Copago de **\$10**
- Rehabilitación pulmonar: Copago de **\$10**



## Más beneficios de **su plan**

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

### **Programa para dejar de fumar**

Para ayudarle en su esfuerzo por dejar de fumar o de usar productos de tabaco, cubrimos un asesoramiento adicional con el intento de dejar de fumar o de usar productos de tabaco en un período de 12 meses como un servicio sin costo para usted. Esto se añade a los dos intentos con asesoramiento provistos por Medicare e incluye hasta cuatro consultas personales. Este servicio se puede usar para medidas preventivas o para diagnóstico con una enfermedad relacionada con el tabaco.

### **Terapia de nutrición mejorada**

Asesoramiento adicional personalizado para la terapia de nutrición.

### **Cuidado rutinario de los pies**

Copago de **\$10** por consulta por hasta 6 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)**

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.

### **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.

### \$24.70

#### **MyOption Enhanced Dental DEN839**

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

### \$28.90

#### **MyOption Total Dental DEN983**

Mejora la cobertura dental ya incluida en su plan Medicare Advantage con beneficios adicionales para ciertos servicios preventivos, básicos y mayores en la red HumanaDental Medicare. 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/](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 12/31/2020 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.



2019

# Beneficios suplementarios opcionales

---

**Humana Gold Plus<sup>®</sup>**  
**- Diabetes and Heart (HMO SNP)**

Richmond-Tidewater  
Área de Richmond - Tidewater

**Humana<sup>®</sup>**

## 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<sup>SM</sup> Enhanced Dental (DEN839)

El beneficio MyOption<sup>SM</sup> Enhanced Dental le ayuda a planificar fácilmente su cuidado dental.

Así es cómo funciona el beneficio:

<b>Prima mensual</b>	<b>\$24.70</b>	
<b>Beneficio máximo</b>	Humana paga hasta <b>\$2,000</b> por año calendario	
<b>Servicios dentales cubiertos</b>	<b>Dentro de la red, usted paga</b>	<b>Limitaciones de beneficios por año calendario</b>
<b>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico</b>		
Exámenes orales	<b>0%</b>	Dos por año
Examen periodontal	<b>0%</b>	Un procedimiento cada tres años
Profilaxis dental (limpiezas)	<b>0%</b>	Dos por año
Tratamiento con flúor	<b>0%</b>	Dos por año
Radiografía de mordida	<b>0%</b>	Un juego por año
Radiografía intraoral	<b>0%</b>	Un juego por año
Radiografías panorámicas o de diagnóstico	<b>0%</b>	Un juego cada cinco años
<b>Servicios dentales básicos (de restauración menor)</b>		
Restauraciones con amalgama (empastes de plata)	<b>50%</b>	Dos por año
Restauraciones con resina de composite (empastes blancos)	<b>50%</b>	

## BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (continuación)

Servicios dentales cubiertos	Dentro de la red, usted paga	Limitaciones de beneficios por año calendario
<b>Servicios dentales básicos (de restauración menor)</b>		
Extracciones (sacar dientes), no quirúrgicas y quirúrgicas	<b>50%</b>	Dos por año
Recementado	<b>50%</b>	Un procedimiento cada cinco años
Tratamiento de emergencia para el dolor	<b>50%</b>	Dos por año
Anestesia	<b>0%</b>	Cantidad ilimitada por año calendario
<b>Servicios dentales mayores (endodoncia, periodoncia y cirugía oral)</b>		
Mantenimiento periodontal	<b>70%</b>	Dos por año
Coronas	<b>70%</b>	Dos por año
Alisado y raspado radicular periodontal (limpieza profunda)	<b>70%</b>	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 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](http://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<sup>SM</sup> Total Dental (DEN983)

El beneficio MyOption<sup>SM</sup> Total Dental le facilita la planificación de su cuidado dental.

Así es cómo funciona el beneficio:

<b>Prima mensual</b>	<b>\$28.90</b>	
<b>Beneficio máximo</b>	Humana paga hasta <b>\$2,000</b> por año calendario	
Servicios dentales cubiertos	Dentro de la red, usted paga	Limitaciones de beneficios por año calendario
<b>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico</b>		
Exámenes orales	<b>0%</b>	Dos por año
Examen periodontal	<b>0%</b>	Uno cada tres años
Profilaxis dental (limpiezas)	<b>0%</b>	Dos por año
Radiografías intraorales	<b>0%</b>	Un juego por año

## BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (continuación)

Servicios dentales cubiertos	Dentro de la red, usted paga	Limitaciones de beneficios por año calendario
<b>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico</b>		
Radiografías panorámicas o de diagnóstico	<b>0%</b>	Un juego por año
Radiografía de mordida	<b>0%</b>	Un juego por año
Tratamiento con flúor	<b>0%</b>	Dos por año
<b>Servicios dentales básicos (de restauración menor)</b>		
Restauraciones con amalgama (empastes de plata)	<b>50%</b>	Dos por año
Restauraciones con resinas de composite (empastes blancos)	<b>50%</b>	
Extracciones (sacar dientes), no quirúrgicas y quirúrgicas	<b>50%</b>	Dos por año
Recementado	<b>50%</b>	Un procedimiento cada cinco años
Tratamiento de emergencia para el dolor	<b>50%</b>	Dos por año
Anestesia	<b>0%</b>	Cantidad ilimitada de procedimientos por año
<b>Servicios dentales mayores (endodoncia, periodoncia y cirugía oral)</b>		
Tratamiento de conducto radicular	<b>70%</b>	Uno por año
Coronas	<b>70%</b>	Dos por año
Alisado y raspado radicular periodontal (limpieza profunda)	<b>70%</b>	Un procedimiento por cada cuadrante por año
Mantenimiento periodontal	<b>70%</b>	Dos por año
Cirugía oral	<b>70%</b>	Dos por año
Dentaduras postizas completas (incluido cuidado rutinario posterior a la entrega)	<b>70%</b>	Una dentadura postiza superior y/o inferior completa cada cinco años
Prótesis parciales	<b>70%</b>	Una prótesis parcial superior e/o inferior cada cinco años
Ajustes de dentaduras postizas (no están cubiertos dentro de los seis meses a partir de la colocación inicial)	<b>70%</b>	Uno por año
Revestimiento de dentadura postiza (no permitido en dentaduras postizas de repuesto)	<b>70%</b>	Uno por año

## **BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES** (continuación)

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

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](http://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 de Cuidado coordinado 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**<sup>®</sup>

[espanol.humana.com](https://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 nínizín: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíłnih 1-877-320-1235 (TTY: 711)...

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





Humana Gold Plus - Diabetes and Heart  
(HMO SNP)

H5619046000 SPA

Área de Richmond - Tidewater

