2019

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus® SNP-DE H6622-015 (HMO SNP)

Ohio
Determinados condados en Ohio

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Ohio: Butler, Carroll, Clark, Clermont, Delaware, Fairfield, Franklin, Hamilton, Licking, Lucas, Mahoning, Portage, Stark, Summit, Trumbull, Warren, Wayne, Wood.

Humana®

GNHH4HISP_19_C H6622015000SBSP19

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

- ☐ 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 y que tienen doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid. Este plan puede inscribir a personas con doble elegibilidad que sean QMB Plus, QMB y FBDE.

2019

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus® SNP-DE H6622-015 (HMO SNP)

Ohio
Determinados condados en Ohio

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Ohio: Butler, Carroll, Clark, Clermont, Delaware, Fairfield, Franklin, Hamilton, Licking, Lucas, Mahoning, Portage, Stark, Summit, Trumbull, Warren, Wayne, Wood.

Humana®

Hablemos sobre Humana Gold Plus SNP-DE H6622-015 (HMO SNP)

Obtenga más información sobre el plan Humana Gold Plus SNP-DE H6622-015 (HMO SNP), incluidos los servicios de salud y de medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

Humana Gold Plus SNP-DE H6622-015 (HMO SNP) es un plan de Cuidado coordinado con un contrato con Medicare y un contrato con el Programa del Departamento de Medicaid (Department of Medicaid) de Ohio. 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.

Como afiliado debe seleccionar a un médico dentro de la red para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Humana Gold Plus SNP-DE H6622-015 (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. Usted tiene acceso a coordinadores de cuidado de la salud. Los coordinadores de cuidado de la salud son enfermeros o administradores de cuidado de la salud que respaldan su salud y su bienestar al proveer servicios adicionales tales como: coordinación del cuidado para afecciones crónicas y agudas, apoyo para la salud por vía telefónica y en persona; asistencia en la coordinación de beneficios de Medicare y Medicaid, recursos y talleres educativos, y apoyo a familiares y cuidadores.

Para ser elegible

Para inscribirse en Humana Gold Plus SNP-DE H6622-015 (HMO SNP), un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y también recibir ciertos niveles de asistencia del Programa de asistencia médica de Ohio (Medicaid). Si usted recibe tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid, esto significa que usted tiene doble elegibilidad.

Humana Gold Plus SNP-DE H6622-015 (HMO SNP) puede inscribir a personas con doble elegibilidad que sean QMB Plus, QMB y FBDE.

Nombre del plan:

Humana Gold Plus SNP-DE H6622-015 (HMO SNP)

Más información sobre Humana Gold Plus SNP-DE H6622-015 (HMO SNP)

Como afiliado de este plan, usted no será responsable de los costos compartidos para los beneficios del plan.

Cómo contactarnos:

Si tiene preguntas sobre sus beneficios o sobre su nivel de elegibilidad para recibir asistencia de Medicaid, debe contactar al Departamento de atención al cliente de Humana o a la oficina de Medicaid de su estado para obtener más detalles.

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 siete 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/**.

Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Ohio, visite el sitio web de Medicaid de Ohio en

La Tabla de beneficios completa muestra los beneficios que usted recibirá de Humana y cómo Medicaid cubre sus costos compartidos para esos beneficios del plan. La tabla también muestra algunos de los beneficios que podría recibir de Medicaid si usted es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Si usted tiene derecho a los beneficios de Medicaid, su coordinador de cuidado de la salud trabajará con usted para ayudarle a entender y acceder a los beneficios de Medicare y Medicaid a los que podría tener derecho.
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.

http://jfs.ohio.gov/ohp/ o llame a la línea directa de Medicaid al **1-800-324-8680 (TTY:711)**.

Una asociación saludable

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

Prima mensual, deducible y límites

Prima mensual del plan	**$0** Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. La prima de la Parte B puede estar cubierta por su Programa estatal de Medicaid.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad máxima de desembolso personal	Este plan no tiene una responsabilidad máxima de desembolso personal.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Para afiliados protegidos contra el pago de costos compartidos por el Programa estatal de Medicaid, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare original.

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
CUIDADO HOSPITALARIO A PACIENTES INTERNADOS CON AFECCIONES AGUDAS		
	Copago de **$0**	• Cubierto según sea necesario y cuando sea necesario por razones médicas. • Algunas cirugías posiblemente requieran autorización previa. • Menos de 30 días cubiertos y 60 días después del alta. • La desintoxicación de la dependencia a sustancias químicas también está cubierta. • Copago de **$0**
COBERTURA HOSPITALARIA AMBULATORIA		
Cirugía ambulatoria en un hospital ambulatorio	Copago de **$0**	
Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria	Copago de **$0**	
CONSULTAS MÉDICAS		
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	Copago de **$0**	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid. • Hasta 24 consultas por año. • Consultas adicionales serán autorizadas si son necesarias por razones médicas.

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.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
Especialistas	Copago de **$0**	

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 del cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Pruebas de detección cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal • Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible) • Prueba de detección de la depresión • Pruebas de detección de diabetes • Prueba de detección de VIH • Servicios de terapia de nutrición médica • Prueba de detección para la obesidad y asesoramiento • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA, por sus siglas en inglés)	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid. • Los servicios incluyen pruebas de detección de cáncer cervical, colonoscopias a partir de los 50 años o para personas con alto riesgo, exámenes físicos de empleo si no están cubiertos por otra fuente, exámenes ginecológicos, pruebas de detección de cáncer de próstata y las consultas médicas requeridas para residentes de centros de cuidado a largo plazo. • Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez al año para mujeres a partir de los 16 años y para las adolescentes con una vida sexual activa. • Las mamografías están cubiertas para mujeres a partir de los 35 años de edad. • Las vacunas están cubiertas sin límites.

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.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
	• 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.**	
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 **$0**	• Copago de **$3** por servicios que no sean de emergencia (se aplica a personas no embarazadas de 21 años y mayores que no residan en un centro de enfermería o centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales)

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.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
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 **$0**	
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES		
Mamografía de diagnóstico	Copago de **$0**	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid. • Están cubiertos cuando sean ordenados por un médico y necesarios por razones médicas. • Las radiografías de tórax están cubiertas una vez por período de 12 meses para los residentes de centros de cuidado a largo plazo.
Radiología de diagnóstico	Copago de **$0**	
Servicios de laboratorio	Copago de **$0**	
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	Copago de **$0**	
Radiografías para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**	
Radioterapia	Copago de **$0**	
SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN		
Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de **$0**	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid. • Cubiertos para adultos y niños.
Servicios rutinarios para la audición HER945	• Copago de **$0** por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. • Copago de **$0** por ajuste/evaluación, hasta 3 por año. • Copago de **$0** por la compra de audífonos de nivel avanzado, 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.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
SERVICIOS DENTALES Los costos compartidos que se indican a continuación son lo que usted paga por el servicio cubierto		
Servicios dentales cubiertos por Medicare	Copago de **$0**	• Copago de **$3** por consulta dental para personas no embarazadas de 21 años y mayores que no residan en un centro de enfermería o centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales. • Chequeos y limpiezas: una vez cada 6 meses para personas menores de 21 años; y una vez cada 12 meses para adultos. • Extracciones y empastes según sean necesarios por razones médicas; es posible que se requiera autorización previa. • Aparatos para personas menores de 21 años con autorización previa.

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.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
Servicios dentales rutinarios DEN176 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 redes dentales" > ingrese el código postal > en el menú desplegable de Red, seleccione "HumanaDental Medicare".	• Copago de **$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años. • Copago de **$0** por examen periodontal, hasta 1 cada 3 años. • Copago de **$0** por dentaduras postizas completas, prótesis parciales, hasta 1 juego cada 5 años. • Copago de **$0** por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, recementado, hasta 1 cada 5 años. • Copago de **$0** por radiografías de mordida, hasta 1 juego por año. • Copago de **$0** por ajuste de dentaduras postizas, revestimiento de dentaduras postizas, radiografías intraorales, conducto radicular, hasta 1 por año. • Copago de **$0** por empaste de amalgama y/o composite, corona, tratamiento de emergencia del dolor, tratamiento con flúor, cirugía oral, examen oral periódico, evaluación oral integral y/o examen de diagnóstico de emergencia, mantenimiento periodontal, profilaxis (limpieza), extracción simple o quirúrgica, hasta 2 por año. • Copago de **$0** por anestesia necesaria con servicios cubiertos, sin límite por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$2000** 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.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
SERVICIOS PARA LA VISTA		
Servicios para la vista cubiertos por Medicare	Copago de **$0**	• **$2** por examen rutinario (personas mayores de 21 años que no residan en un centro de enfermería o centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales). • **$1** para anteojos. • Si usted tiene entre 21 y 59 años de edad: un examen cada 24 meses. Si usted tiene 20 años de edad o menos, o 60 años de edad o más: una vez cada 12 meses. • Si usted tiene entre 21 y 59 años de edad: un par de anteojos cada 24 meses. Si usted tiene 20 años de edad o menos, o 60 años de edad o más: un par cada 12 meses. • Los lentes de contacto están cubiertos con autorización previa. • Estos artículos deben ser autorizados previamente y deben ser necesarios por razones médicas.
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 VIS733 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.	• Copago de **$0** por examen rutinario, prueba de refracción, hasta 1 por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$300** 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.	
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 **$0**	
Consultas de terapia individual y grupal como paciente ambulatorio	Copago de **$0**	
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**	

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.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
TERAPIA FÍSICA		
	Copago de **$0**	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid • Terapia física hasta 30 consultas cada año
AMBULANCIA		
Ambulancia (terrestre)	Copago de **$0**	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid • Los servicios de ambulancia están cubiertos para emergencias médicas.
TRANSPORTE		
	$0 por una cantidad ilimitada de viajes sencillos a localidades aprobadas por el plan. Máximo de 25 millas por viaje. El afiliado *debe* contactar al proveedor de transporte para organizar el transporte.	• Copago de **$0** por el transporte a los servicios cubiertos por Medicaid.

Beneficios de medicamentos recetados

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE		
Medicamentos para quimioterapia	Copago de **$0**	Para personas con doble elegibilidad protegidas contra el pago de costos compartidos por el Programa Medicaid estatal, Medicaid paga el coseguro, los copagos y deducibles de los medicamentos de la Parte B de Medicare.
Otros medicamentos de la Parte B	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.

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
MEDICAMENTOS RECETADOS		
Medicamentos de la Parte D de Medicare	Consulte la siguiente tabla para obtener información del plan sobre la cobertura para medicamentos recetados	Medicaid puede cubrir algunos medicamentos que no están cubiertos por la Parte D. Contacte a su agencia Medicaid si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos. • Se requiere autorización previa para medicamentos recetados de marca cuando hay medicamentos genéricos disponibles. • Copago de **$0** por los medicamentos genéricos. • Copago de **$3** por los medicamentos que requieren autorización previa. • Copago de **$2** para la mayoría de los medicamentos de marca.

Deducible Este plan no tiene deducible.

Según el nivel de Ayuda adicional que reciba, pagará una de las siguientes cantidades de costos compartidos cada vez que surta sus medicamentos. Siempre pagará **$0** por medicamentos del Nivel 1 en este plan en una farmacia minorista con costos compartidos preferidos o una farmacia de pedido por correo con costos compartidos preferidos.

Opciones de farmacias		
Costos compartidos preferidos	**Pedido por correo:** Humana Pharmacy® **Minorista:** para buscar las farmacias minoristas con costos compartidos preferidos cerca de su domicilio, vaya a **Humana.com/pharmacyfinder**	
Costos compartidos estándares	**Pedido por correo:** Walmart Mail **Minorista:** todas las demás farmacias minoristas de la red	
Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos):	**Suministro de 30 días**	**Suministro de 90 días**
	Un copago de **$0**; o Un copago de **$1.25**; o Un copago de **$3.40**;	Un copago de **$0**; o Un copago de **$1.25**; o Un copago de **$3.40**;
Todos los demás medicamentos:	Un copago de **$0**; o Un copago de **$3.80**; o Un copago de **$8.50**;	Un copago de **$0**; o Un copago de **$3.80**; o Un copago de **$8.50**;

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 específicamente para 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 de suministro disponibles
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)

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 no paga nada por ningún medicamento.

Beneficios adicionales

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
Cuidado de los pies cubierto por Medicare (podología)	Copago de **$0**	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid. • Una consulta en un centro de cuidado a largo plazo al mes. • Un desbridamiento de uña cada 60 días.
Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	Copago de **$0**	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid. • Están cubiertos para adultos y niños; • 15 consultas por año para adultos • 30 consultas por año para niños menores de 21 años.

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
EQUIPO/SUMINISTROS MÉDICOS		
Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	Copago de **$0**	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid. • Requiere autorización previa
Suministros médicos	Copago de **$0**	
Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)	Copago de **$0**	
Suministros para el control de la diabetes	Copago de **$0**	
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN		
Terapia física, ocupacional y del habla	Copago de **$0**	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid • Terapia del habla hasta 30 consultas cada año • Terapia física hasta 30 consultas cada año • Terapia ocupacional hasta 30 consultas cada año
Rehabilitación cardíaca	Copago de **$0**	
Rehabilitación pulmonar	Copago de **$0**	

Servicios adicionales cubiertos por Medicaid

Los afiliados con doble elegibilidad que cumplen con los requisitos financieros para cobertura completa de Medicaid pueden también ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid que no estén cubiertos por Medicare. Humana Gold Plus también puede ofrecer cobertura para estos servicios. Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por Medicaid. Los beneficios descritos en la sección Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos del Resumen de beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio descrito a continuación, puede ver lo que cubre el Programa del Departamento de Medicaid de Ohio y lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Si tiene alguna pregunta acerca de su elegibilidad de Medicaid y los beneficios que le corresponden, llame al: 1-800-324-8680 (TTY: 711).

BENEFICIO	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	PLAN ESTATAL DE MEDICAID
SERVICIOS MÉDICOS		
Servicios de enfermería privada (PDN, por sus siglas en inglés)	Sin cobertura	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid. • Cuidado de enfermería continuo en su hogar. • Una consulta de PDN es más de 4 horas y menos o igual a 12 horas. • Los servicios de PDN deben contar con autorización previa. • Hay límites de servicio definidos.
Servicios y consultas de planificación familiar	Sin cobertura	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid. • Según sean necesarios.
Servicios dermatológicos (de la piel)	Consulte el beneficio de "Consultas médicas" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid. • Deben ser necesarios por razones médicas y estar relacionados con una enfermedad o afección.
Healthchek	Sin cobertura	• Menores de 21 años • 13 consultas rutinarias para su hijo hasta los 3 años de edad y luego una cada 12 meses • Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid
Examen físico necesario para la inserción laboral	Sin cobertura	• El examen a **$0** está cubierto si no es ofrecido de forma gratuita por el patrono.
Embarazo y servicios hospitalarios (incluidas consultas prenatales y de posparto, ultrasonidos, clases sobre el parto, trabajo de parto y alumbramiento, hospitalización y cuidado de la salud para el bebé).	Consulte los beneficios de "Cuidado de hospitalización para afecciones agudas", "Consultas médicas" y "Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba Los servicios de cuidado de la salud para el bebé no están cubiertos.	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid. • Medicaid paga por todos los servicios relacionados con el embarazo cuando se necesitan. Estos servicios incluyen chequeos médicos de posparto para la mamá y cuidado de la salud y vacunas para el bebé.

PRODUCTOS Y DISPOSITIVOS		
Dentaduras postizas y placas parciales	Consulte el beneficio "Dental" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	• Copago de **$3** por consulta para personas no embarazadas de 21 años y mayores que no residan en un centro de enfermería o centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales. • Las dentaduras postizas se pueden reemplazar por necesidad médica; las dentaduras postizas y las placas parciales deben ser autorizadas previamente por el Estado.
Anteojos	Consulte el beneficio para la "Vista" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	• Copago de **$2** por examen y copago de **$1** por anteojos (personas mayores de 21 años que no residan en un centro de enfermería o centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales). Los beneficiarios que tienen entre 21 y 59 años de edad: un par cada 24 meses. • Un examen y anteojos para personas menores de 21 años y mayores de 60. • Un examen y anteojos cada 24 meses para personas de 21 a 59 años. • Los lentes de contacto están cubiertos con autorización previa.
Audífonos	Consulte el beneficio para la "Audición" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	• Copago de **$0** • Un audífono convencional cada cuatro años; un audífono digital o programable cada cinco años. • Audífonos con autorización previa.

TRANSPORTE		
Servicios de transporte médico que no es de emergencia	Consulte el beneficio de "Transporte" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	• Copago de **$0** • Transporte que no sea de emergencia hacia y desde los servicios cubiertos por Medicaid a través del Departamento de trabajo y servicios familiares del condado. • Si es necesario por razones médicas y el paciente no puede ser llevado en otro tipo de transporte.
SERVICIOS DE CUIDADO A LARGO PLAZO PARA PACIENTES INTERNADOS		
Servicios para pacientes internados en hospitales, centros de enfermería y centros de cuidado intermedio en instituciones para enfermedades mentales (IMD, por sus siglas en inglés), para personas de 65 años de edad y mayores	Sin cobertura	• Su trabajador social de Medicaid determinará una cantidad de Responsabilidad del paciente sobre la base de sus ingresos excluyendo ciertas deducciones. • Estos servicios están disponibles para aquellos que necesitan cuidado a largo plazo en una institución.
Servicios psiquiátricos para pacientes internados menores de 21 años de edad	Consulte el beneficio de "Salud mental" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	• Copago de **$0**
Servicios de un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales	Sin cobertura	• Su trabajador social de Medicaid determinará una cantidad de Responsabilidad del paciente sobre la base de sus ingresos excluyendo ciertas deducciones. • Estos servicios están disponibles para aquellos que necesitan cuidado a largo plazo en una institución.
Servicios en un centro de enfermería distintos a los realizados en una institución para enfermedades mentales	Consulte el beneficio de "Enfermería especializada" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	• Su trabajador social de Medicaid determinará una cantidad de Responsabilidad del paciente sobre la base de sus ingresos excluyendo ciertas deducciones. • Estos servicios están disponibles para aquellos que necesitan cuidado a largo plazo en una institución.

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID		
Servicios de cuidado de la salud en el hogar	Copago de **$0**	• Copago de **$0** por servicios cubiertos por Medicaid. Cuidado de la vida diaria de tiempo parcial en su hogar. • Están disponibles los servicios de enfermería y terapia especializada cuando sean necesarios por razones médicas y ordenados por su médico.
Hospicio	**Usted no paga nada** por el cuidado de hospicio proporcionado en un hospicio certificado por Medicare. Puede que usted tenga que pagar parte de los costos por medicamentos y cuidado de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Contáctenos para más detalles.	

SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD – OPCIONES DE CUIDADO A LARGO PLAZO EN EL HOGAR O COMUNITARIO O "SERVICIOS DE EXENCIÓN"

Si usted necesita cuidado a largo plazo, pero quiere quedarse en su casa, es posible que pueda hacerlo a través de uno de los programas de exención de servicios basados en el hogar y en la comunidad. Los servicios de exención están limitados a individuos que cumplen con los requisitos adicionales de elegibilidad para la exención. Hay un copago de **$0** por los servicios cubiertos por Medicaid. Para obtener información sobre los servicios de exención y elegibilidad para los programas de exención, contacte a la oficina de Medicaid de su estado al 1-800-324-8680 (TTY: 711).

La tabla anterior de Servicios adicionales cubiertos por Medicaid refleja los servicios de Medicaid disponibles en base a un cargo por servicio para las personas con doble elegibilidad que reúnan los requisitos de elegibilidad para recibir los beneficios completos de Medicaid.

La información de Medicaid incluida en esta sección tiene vigencia a partir del 7/1/2018. Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambios en cualquier momento. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Ohio, visite el sitio web de Medicaid de Ohio en http://jfs.ohio.gov/ohp/ o llame a la línea directa de Medicaid al **1-800-324-8680** (TTY: 711).

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.

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 **$300** cada 3 meses para la compra de suministros de venta sin receta del servicio de entrega por correo de Humana Pharmacy.

Sistema personal de respuesta para casos de emergencia
Esto le provee ayuda en situaciones de emergencia. El servicio de alerta médica incluye un dispositivo de comunicación instalado en el hogar y un botón portátil para llamar y pedir ayuda si se cae en su hogar o tiene una emergencia.

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 **$0** 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 **$0** para recibir una consulta remota de salud mental y del comportamiento.

Pelucas (relacionadas con el tratamiento de quimioterapia)
Hasta un beneficio máximo de **$500** por año.

Go365™ de Humana
Recompensas por completar ciertas actividades de salud y bienestar y pruebas de detección preventivas.

Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®
Membresía básica en un centro de acondicionamiento físico con clases de acondicionamiento físico incluidas.

Obtenga **más** información

Puede ver el **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).

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.

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.

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)**.

Humana Gold Plus SNP-DE H6622-015
(HMO SNP)
H6622015000 SPA
Determinados condados en Ohio

espanol.humana.com

H6622015000SBSP19