2022

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-077A (HMO D-SNP)

Sur de Florida: Miami-Dade
Condado de Miami-Dade

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Florida: Miami-Dade.

Humana®

Lista de verificación previa a la inscripción

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

Entender los beneficios

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

Entender las reglas importantes

- ☐ Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- ☐ 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 cualquiera que sea una persona con doble elegibilidad.

2022

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-077A (HMO D-SNP)

Sur de Florida: Miami-Dade
Condado de Miami-Dade

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Florida: Miami-Dade.

Humana®

Hablemos sobre Humana Gold Plus SNP-DE H1036-077A (HMO D-SNP)

Obtenga más información sobre el plan Humana Gold Plus SNP-DE H1036-077A (HMO D-SNP), incluidos los servicios de salud y de medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-077A (HMO D-SNP) es un plan de Cuidado coordinado con un contrato con Medicare y un contrato con the Florida Medicaid (Medicaid de Florida). 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".

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 H1036-077A (HMO D-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 H1036-077A (HMO D-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 además recibir determinados niveles de asistencia de the Florida Medicaid (Medicaid de Florida). Si usted recibe tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid, esto significa que usted tiene doble elegibilidad.

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-077A (HMO D-SNP) puede inscribir a cualquiera que sea una persona con doble elegibilidad.

Nombre del plan:

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-077A (HMO D-SNP)

Más información sobre Humana Gold Plus SNP-DE H1036-077A (HMO D-SNP)

Dependiendo de su nivel de elegibilidad para recibir asistencia bajo su programa estatal de Medicaid, usted puede estar sujeto o no a los requisitos de costos compartidos.

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 si usted se encuentra en una categoría con protección de costos compartidos. 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 the Florida Medicaid (Medicaid de Florida) 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.

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 the Florida Medicaid (Medicaid de Florida) 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.

Del 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 the Florida Medicaid (Medicaid de Florida), visite el sitio web de Medicaid de Florida en **http://ahca.myflorida.com/** o llame a la línea directa de Medicaid al 1-888-419-3456 (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** o hasta **$21.80** dependiendo de su nivel de asistencia Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. La prima de la Parte B puede estar cubierta por el Programa de Medicaid de Florida.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	**$0** si usted es elegible para Ayuda adicional
Responsabilidad máxima de desembolso personal	**$3,400** 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

La tabla de beneficios a continuación muestra los beneficios que usted recibirá como afiliado de Humana Gold Plus SNP-DE H1036-077A (HMO D-SNP) (columna izquierda) en comparación con lo que actualmente provee Medicaid tradicional de Florida (columna derecha). Si usted está actualmente inscrito en un Plan de cuidado médico administrado de Medicaid, es posible que los beneficios sean diferentes de lo indicado en la columna derecha. Para cada beneficio listado a continuación, puede ver lo que usted paga como afiliado de nuestro plan en comparación con la cobertura y los cargos de Medicaid tradicional de Florida. TENGA EN CUENTA: no se puede inscribir en un Plan de cuidado médico administrado de Medicaid y en un Plan D-SNP al mismo tiempo en Florida. Para los afiliados protegidos contra el pago de costos compartidos por el Programa the Florida Medicaid (Medicaid de Florida), 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	**EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)**
CUIDADO HOSPITALARIO A PACIENTES INTERNADOS CON AFECCIONES AGUDAS		
	Copago de **$0** por admisión	Copago de **$0** por cada admisión**
COBERTURA HOSPITALARIA AMBULATORIA		
Cirugía ambulatoria en un hospital ambulatorio	Copago de **$0**	Copago de **$3** por día por servicios ambulatorios provistos en un entorno ambulatorio que no sea el departamento de emergencias**

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria	Copago de **$0**	Copago de **$0** por día por servicios ambulatorios provistos en un entorno ambulatorio que no sea el departamento de emergencias**
CONSULTAS MÉDICAS		
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	Copago de **$0**	• Los servicios de proveedores incluyen médicos, profesionales médicos de enfermería y asistentes médicos – Copago de **$2** por proveedor o grupo, por día** • Servicios provistos en centros de salud acreditados por el gobierno federal (FQHC, por sus siglas en inglés), clínicas y centros de salud rurales – Copago de **$3** por clínica, por día**
Especialistas	Copago de **$0**	

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
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)	

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
	• 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**	Los beneficiarios de Medicaid que usan la sala de emergencias de un hospital para servicios que no son de emergencia son responsables de pagar un coseguro del **5%** de los primeros **$300** del pago de Medicaid de Florida (máximo de **$15** por día)**

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
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** en un centro de cuidado de urgencia	Copago de **$3.00** por día**
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES		
Mamografía de diagnóstico	Copago de **$0**	Copago de **$3.00** uno por beneficiario por año**
Radiología de diagnóstico	Copago de **$0**	• Copago de **$1.00** por servicio de radiografía portátil, por día • Copago de **$2.00** por consulta al profesional médico, por día • Copago de **$3.00** por Centro de salud acreditado por el gobierno federal (FQHC, por sus siglas en inglés) o Centro de salud rural (RHC, por sus siglas en inglés) o consulta, por día • Copago de **$3.00** por lugar de servicio ambulatorio
Servicios de laboratorio	Copago de **$0**	• Copago de **$1.00** por consulta en un laboratorio independiente, por día • Copago de **$2.00** por consulta al profesional médico, por día • Copago de **$3.00** por Centro de salud acreditado por el gobierno federal (FQHC) o Centro de salud rural (RHC) o consulta, por día • Copago de **$3.00** por lugar de servicio ambulatorio

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	Copago de **$0**	• Copago de **$1.00** por consulta en un laboratorio independiente, por día • Copago de **$2.00** por consulta al profesional médico, por día • Copago de **$3.00** por Centro de salud acreditado por el gobierno federal (FQHC) o Centro de salud rural (RHC) o consulta, por día • Copago de **$3.00** por lugar de servicio ambulatorio
Radiografías para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**	Copago de **$3.00** por día
Radioterapia	Copago de **$0**	• Copago de **$1.00** por servicio de radiografía portátil, por día • Copago de **$2.00** por consulta al profesional médico, por día • Copago de **$3.00** por consulta en un Centro de salud acreditado por el gobierno federal, por día • Copago de **$3.00** por consulta en un Centro de salud rural, por día • Copago de **$3.00** por lugar de servicio ambulatorio

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN		
Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de **$0**	• Copago de **$0** • Reemplazo de dispositivos para la audición • Evaluación y reevaluación de la audición • Implantes cocleares • Pruebas audiológicas de diagnóstico cuando sea necesario por razones médicas según el examen de un médico o para documentar resultados de un tratamiento.
Servicios rutinarios para la audición	Dentro de la red: **HER845** • Copago de **$0** por ajuste/evaluación, exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$1000** para cada audífono (de todo tipo), hasta 1 por oído por año. • Tenga en cuenta: Incluye un suministro de baterías para 1 mes y garantía de 1 año.	

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
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 **$0** • Servicios dentales limitados para adultos para los beneficiarios de 21 años de edad y mayores • Copago de **$3** si los servicios dentales se proveen en centros de salud acreditados por el gobierno federal (FQHC)
Servicios dentales rutinarios Los beneficios dentales pueden no cubrir todos los códigos de procedimiento de American Dental Association. La información sobre cada plan está disponible en **Humana.com/sb**. Utilice la red CAREington Medicare para los beneficios dentales suplementarios obligatorios. Puede encontrar el localizador de proveedores en **espanol.humana.com** > "Encontrar un médico" > en el menú desplegable Tipo de búsqueda, seleccione "Planes dentales" > bajo Tipo de cobertura, seleccione "Todas las redes dentales" > ingrese el código postal > en el menú desplegable Red, seleccione "CAREington Medicare".	Dentro de la red: **DEN643** • Coseguro del **0%** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años. • Coseguro del **0%** por evaluación oral integral o examen periodontal, ajuste oclusal, alisado por inflamación moderada, hasta 1 cada 3 años. • Coseguro del **0%** por puentes, dentaduras postizas completas, recementado de coronas, recementado de dentaduras postizas, radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, prótesis parciales, hasta 1 cada 5 años. • Coseguro del **0%** por coronas, conducto radicular, repetición de la terapia del conducto radicular, hasta 1 por diente de por vida. • Coseguro del **0%** por radiografías de mordida,	

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
SERVICIOS DENTALES (continuación)		
	radiografías intraorales, hasta 1 juego(s) por año. • Coseguro del **0%** por ajustes de dentaduras postizas, rebasado de dentaduras postizas, revestimiento de dentaduras postizas, reparación de dentaduras postizas, examen de diagnóstico de emergencia, acondicionamiento del tejido, hasta 1 por año. • Coseguro del **0%** por tratamiento de emergencia del dolor, tratamiento con flúor, cirugía oral, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. • Coseguro del **0%** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año. • Coseguro del **0%** por empaste de amalgama y/o composite, anestesia necesaria con servicios cubiertos, extracción simple o quirúrgica, sin límite por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$2500** por año para beneficios preventivos e integrales. Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que el plan provea beneficios adicionales: • Copago de **$0** por procedimientos dentales de emergencia agudos para aliviar dolor o infección, lo que incluye	

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
SERVICIOS DENTALES (continuación)		
	incisión y drenaje de un absceso y las radiografías necesarias para hacer un diagnóstico • Copago de **$0** por extracciones y procedimientos quirúrgicos necesarios para adaptar la boca para la dentadura postiza	
SERVICIOS PARA LA VISTA		
Servicios para la vista cubiertos por Medicare	Copago de **$0**	• Los beneficiarios son responsables del siguiente copago, a menos que el beneficiario esté exento de los requisitos de copago o que el copago esté exento según el plan de atención administrada de Medicaid de Florida en el cual el beneficiario esté inscrito • **$2.00** por consulta al profesional médico, por día • **$3.00** por consulta en un centro de salud acreditado por el gobierno federal, por día • **$3.00** por consulta en un centro de salud rural, por día • Una consulta inicial por año • Servicios de patología y de laboratorio • Servicios oftalmológicos especiales cuando se realizan además de una consulta general oftalmológica o una consulta de evaluación y control • Hasta dos consultas de evaluación y control por mes

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
		• Hasta dos refracciones cada 365 días • Servicios de examen de la vista realizados cuando se ha informado un problema, enfermedad, afección o lesión de la vista
Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare	Copago de **$0**	
Prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare	Copago de **$0**	
Anteojos o lentes de contacto (posterior a cataratas) cubiertos por Medicare	Copago de **$0**	
Servicios rutinarios para la vista La refracción se cubre únicamente cuando se factura como parte del examen de la vista rutinario. Busque proveedores de servicios para la vista en la red médica de este plan Medicare Advantage.	Dentro de la red: **VIS172** • Copago de **$0** por examen rutinario, hasta 1 por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$400** por año para lentes de contacto, anteojos-lentes y monturas, ajustes para anteojos-lentes y monturas o 3 pares de anteojos seleccionados sin costo. • Los anteojos incluyen lentes de policarbonato con un filtro de protección ultravioleta y una capa contra rayaduras.	

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
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** por admisión	Copago de **$0** por admisión El plan cubrirá hasta 45 días de cobertura de hospitalización y hasta 365 días de cuidado médico en casos de emergencia como paciente internado, incluida la salud del comportamiento
Consultas de terapia individual y grupal como paciente ambulatorio	Copago de **$0**	• Copago de **$2** por consulta ambulatoria al hospital • **Terapia grupal** – Servicios de sesiones de terapia con un profesional de la salud mental para un grupo de personas. • **Servicios de terapia individual** – Servicios de sesiones de terapia con un profesional de la salud mental para los individuos. • **Terapia familiar** – Servicios de sesiones de terapia con un profesional de la salud mental para las familias.
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)		
Su plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)	Copago de **$0** por admisión	• Copago de **$0**

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
TERAPIA FÍSICA		
	Copago de **$0**	• Copago de **$0** • Servicios de terapia física para beneficiarios menores de 21 años: • Una evaluación de terapia inicial por año, por beneficiario • Una reevaluación de terapia cada cinco meses, por beneficiario • Evaluación de silla de ruedas para todas las edades: – Una evaluación inicial de silla de ruedas cada cinco años por beneficiario – Una evaluación de seguimiento de silla de ruedas que incluye ajustes y accesorios cuando se entrega la silla de ruedas – Una evaluación de seguimiento de silla de ruedas que incluye ajustes y accesorios seis meses después de que la silla de ruedas ha sido entregada.
AMBULANCIA		
Ambulancia (terrestre)	Copago de **$0** por fecha de servicio	Copago de **$0**
Ambulancia (aérea)	**$0** o **20%** del costo Si tiene protección del Estado contra el pago de costos compartidos (QMB, QMB+, SLMB+, FBDE), usted no paga nada.	Copago de **$0**

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
TRANSPORTE		
	Copago de **$0** para localidades aprobadas por el plan, sin límite de viajes sencillos por año. El afiliado *debe* comunicarse con el proveedor de transporte para organizar el transporte.	Copago de **$0** por transporte de emergencia

Beneficios de medicamentos recetados

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE		
Medicamentos para quimioterapia	Copago de **$0**	
Otros medicamentos de la Parte B	Copago de **$0**	

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren un referido y/o autorización previa del plan.

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
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 de the Florida Medicaid (Medicaid de Florida) si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos. Copago de **$0** por los medicamentos recetados cubiertos por Medicaid que no están cubiertos por un Plan de medicamentos recetados de Medicare.

Beneficio de ahorros en los medicamentos recetados Copago de **$0** para todos los medicamentos recetados cubiertos por Medicare para todos los formularios, en todos los niveles. El beneficio comienza en la etapa del deducible (cuando corresponda) y continúa hasta la etapa de cobertura inicial, únicamente. Cuando sus costos totales de medicamentos han llegado a **$4,430**, usted paga los costos compartidos en la tabla a continuación. Para ser elegibles, los afiliados deben ser elegibles para recibir Ayuda adicional.
Deducible $0 si usted es elegible para Ayuda adicional.

Según el nivel de Ayuda adicional que reciba, pagará una de las siguientes cantidades de costos compartidos cada vez que surta sus medicamentos. Si no recibe Ayuda adicional, vea su Evidencia de cobertura para ver más detalles sobre su beneficio de medicamentos recetados en el capitulo Capítulo 6. Siempre pagará **$0** por medicamentos del Nivel 1 y 2 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** Un copago de **$0**; o Un copago de **$1.35**; o Un copago de **$3.95**; o el **15%** del costo	**Suministro de 90 días** Un copago de **$0**; o Un copago de **$1.35**; o Un copago de **$3.95**; o el **15%** del costo
Todos los demás medicamentos:	Un copago de **$0**; o Un copago de **$4**; o Un copago de **$9.85**; o el **15%** del costo	Un copago de **$0**; o Un copago de **$4**; o Un copago de **$9.85**; o el **15%** del costo

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

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

COBERTURA ADICIONAL PARA MEDICAMENTOS	
Medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés)	Este plan también proporciona cobertura para medicamentos para la disfunción eréctil. Consulte su "Evidencia de cobertura" para obtener más información.
Vitaminas recetadas	Este plan también proporciona cobertura para vitaminas recetadas. Consulte su "Evidencia de cobertura" para obtener más información.

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 su "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 de pedido por correo) alcancen **$7,050**, la parte del costo que le corresponde por los medicamentos cubiertos será:
- **$0** o **$3.95** por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de **$0** o **$9.85** por todos los demás medicamentos

Beneficios adicionales

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
Cuidado de los pies cubierto por Medicare (podología)	Copago de **$0**	• Copago de **$2.00** por consulta al profesional médico, por día • Copago de **$3.00** por consulta en un Centro de salud acreditado por el gobierno federal, por día • Copago de **$3.00** por consulta en un Centro de salud rural, por día

Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	Copago de **$0**	• Copago de **$1.00** por proveedor o grupo, por día • Copago de **$3.00** por consulta en un Centro de salud acreditado por el gobierno federal, por día • Copago de **$3.00** por consulta en un Centro de salud rural, por día
EQUIPO/SUMINISTROS MÉDICOS		
Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	Copago de **$0**	Copago de **$0**
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 ocupacional y del habla	Copago de **$0**	• Copago de **$0** • Límite de **$1500** por año para servicios ambulatorios de terapia respiratoria, ocupacional, física y del habla para adultos de 21 años y mayores. La terapia física y ocupacional para personas mayores de 21 años se limita a evaluaciones en silla de ruedas • **Terapia del habla** – Una evaluación inicial de AAC cada cinco años, por beneficiario • **Rehabilitación cardíaca** – Copago de **$2.00** por consulta al profesional médico, por día – Copago de **$3.00** por consulta en un FQHC o un RHC, por día
Rehabilitación cardíaca	Copago de **$0**	
Rehabilitación pulmonar	Copago de **$0**	• Copago de **$2.00** por consulta al profesional médico, por día • Copago de **$3.00** por consulta en un FQHC o un RHC, por día

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID DE FLORIDA TRADICIONAL (ES POSIBLE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO DE MEDICAID SEAN DIFERENTES)
SERVICIOS DE TELESALUD (además de Medicare Original)		
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	Copago de **$0**	
Especialista	Copago de **$0**	
Servicios de cuidado de urgencia	Copago de **$0**	
Servicios para la salud del comportamiento o por farmacodependencia	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 SNP-DE H1036-077A (HMO D-SNP) también puede ofrecer cobertura para estos servicios. Los beneficios descritos en la sección Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos del Resumen de beneficios están cubiertos por Medicare. Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por Medicaid. Para cada beneficio descrito a continuación, puede ver lo que cubre the Florida Medicaid (Medicaid de Florida) 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 the Florida Medicaid (Medicaid de Florida): 1-888-419-3456 (TTY: 711).

BENEFICIO	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	PLAN ESTATAL DE MEDICAID
PRODUCTOS Y DISPOSITIVOS		
Dentaduras postizas	Consulte el beneficio "Dental" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	• Copago de **$3.00**, por consulta por día para servicios dentales que no son de emergencia proporcionados en un centro de salud acreditado por el gobierno federal • Las dentaduras postizas y los procedimientos relacionados están cubiertos para los beneficiarios de 21 años de edad o mayores. • Las dentaduras postizas parciales deben ser autorizadas previamente.
Anteojos	Consulte el beneficio para la "Vista" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	• Copago de **$0** • Para beneficiarios de 21 años o mayores: – Una montura cada dos años – Dos lentes cada 365 días
Audífonos	Consulte el beneficio para la "Audición" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	• Copago de **$0** • Un audífono nuevo por oído cada tres años, por beneficiario • Hasta tres pares de moldes auriculares por año, por beneficiario • Un servicio de despacho y ajuste por oído cada tres años, por beneficiario
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** para localidades aprobadas por el plan

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	No hay cobertura	Copago de **$0**
Servicios psiquiátricos para pacientes internados menores de 21 años de edad	No hay cobertura	Copago de **$0**
Servicios de un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales	No hay cobertura	Copago de **$0**
Servicios en un centro de enfermería distintos a los realizados en una institución para enfermedades mentales	No hay cobertura	Copago de **$0**
OTROS SERVICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID		
Equipo médico duradero y Suministros médicos relacionados con el SIDA	Copago de **$0** por Equipo médico duradero y Suministros médicos relacionados con el SIDA, según lo previsto conforme a Medicaid.	Equipo médico y suministros especializados (p. ej., suministros para la incontinencia) para afiliados con diagnóstico de SIDA, y quienes hayan tenido antecedentes de infección oportunista relacionada con el SIDA.
Servicios de terapia relacionados con el SIDA	Copago de **$0** por Servicios de terapia relacionados con el SIDA, según lo previsto en virtud de Medicaid.	Servicios de terapia de masaje necesarios por razones médicas para afiliados diagnosticados con SIDA, y quienes hayan tenido antecedentes de infección oportunista relacionada con el SIDA, para el tratamiento de neuropatía periférica o dolor neuromuscular grave y linfedema.

Servicios de cuidado asistido	Copago de **$0** por servicios de cuidado asistido proporcionados en virtud de Medicaid.	• Copago de **$0** • Los servicios deben ser prestados por uno de los siguientes: – Centro de vivienda asistida (ALF, por sus siglas en inglés) – Hogares de cuidado familiar para adultos (AFCH, por sus siglas en inglés) – Tratamiento residencial (RTF, por sus siglas en inglés)
Coordinación de casos específicos de salud mental	Copago de **$0** por Coordinación de casos de salud mental según lo previsto en virtud de Medicaid.	• Limitada a los adultos que tienen una enfermedad mental severa y persistente y a los niños y adolescentes que tienen trastornos emocionales graves y necesitan coordinación de servicios entre varios proveedores • Medicaid reembolsará: Hasta 344 unidades de coordinación de casos específicos de salud mental por mes, por beneficiario. Hasta 48 unidades de servicios de equipo intensivo por beneficiario, por día, por equipo de coordinación de casos. Quince minutos equivalen a una unidad de servicio. Si varias unidades se proveen en el mismo día, el tiempo real invertido debe ser totalizado y redondeado hasta el incremento de quince minutos más próximo.

Días de transición en un centro de enfermería	Copago de **$0** por Días de transición en un centro de enfermería, según lo previsto en virtud de Medicaid.	• El afiliado no paga nada por los días de transición en el centro de enfermería durante un máximo de 120 días. Disponible para personas que cumplan los siguientes requisitos: El afiliado necesita servicios de Cuidado a largo plazo, ha completado los requisitos de Evaluación de preadmisión y revisión del residente (PASRR, por sus siglas en inglés), es elegible para el Programa de cuidado institucional (ICP, por sus siglas en inglés) de Medicaid y no se ha inscrito en el programa de Cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés.)
Beneficios de productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	Vea los "Beneficios de medicamentos de venta sin receta" en la página "Más beneficios de su plan"	Ciertos medicamentos de venta sin receta con una receta válida.

SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD

Los afiliados con doble elegibilidad, que cumplen con los requisitos financieros para la cobertura completa de Medicaid, también pueden ser elegibles para recibir los servicios de exención. Los servicios de exención están limitados a individuos que cumplen con los requisitos adicionales de elegibilidad para la exención. Para obtener información sobre elegibilidad y servicios de exención, contacte a the Florida Medicaid (Medicaid de Florida) al 1-888-419-3456 (TTY: 711).

**Exenciones. Los beneficiarios que se encuentran en las siguientes categorías no están obligados a pagar un copago o coseguro:

(a) Personas menores de 21 años de edad.
(b) Mujeres embarazadas: para servicios relacionados con el embarazo, incluidos los servicios por afecciones médicas que puedan complicar el embarazo. Esta exención incluye el período de seis semanas posteriores al final del embarazo.
(c) Personas que reciban servicios en un entorno hospitalario como pacientes internados, un centro de cuidado a largo plazo u otra institución médica si, como condición para recibir servicios en la institución, la persona tiene que gastar todos sus ingresos en costos de cuidado médico, con la excepción de la cantidad mínima requerida para las necesidades personales.
(d) Personas que requieran servicios en casos de emergencia luego de la aparición repentina de una afección médica que, si no se trata, pondría en grave peligro su salud.
(e) Personas que reciban servicios o suministros relacionados con la planificación familiar.

La tabla anterior de Servicios adicionales cubiertos por Medicaid refleja los servicios 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 1 de julio de 2020. 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 Florida, visite el sitio web de the Florida Medicaid (Medicaid de Florida) en **http://ahca.myflorida.com/** o llame a la línea directa de Medicaid al 1-888-419-3456 (TTY: 711).

H1036077000

Más beneficios de **su plan**

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

Pruebas y tratamiento para COVID-19

Copago de **$0** por servicios de pruebas y tratamiento para COVID-19.

Tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods

Se cargan automáticamente **$75** por mes para gastar en comercios minoristas participantes en la compra de alimentos saludables aprobados.

Humana Flexible Care Assistance de los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés)

Humana Flexible Care Assistance está disponible para afiliados con enfermedades crónicas que participan en los servicios de coordinación del cuidado de la salud y cumplen con los criterios del programa. Los afiliados elegibles pueden recibir asistencia con gastos médicos, beneficios adicionales relacionados principalmente con la salud y no relacionados principalmente con la salud, para abordar necesidades específicas basadas en las situaciones particulares de la persona. Los beneficios tienen un límite de hasta **$1,000** por año y deben ser coordinados y autorizados por un coordinador del cuidado de la salud. La participación es gratuita.

Acupuntura

Copago de **$0** por consultas de acupuntura, hasta 25 consultas por año.

Se pueden aplicar reglas de autorización

Servicios quiroprácticos

Servicios quiroprácticos rutinarios: Copago de **$0** por consulta por hasta 12 consultas.

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.

Dispositivo de seguridad para el baño

Un dispositivo como una silla o una banca para la bañera o ducha puede ayudar a prevenir lesiones en el baño. Puede recibir un dispositivo de seguridad para el baño cada cinco años.

Cuidado rutinario de los pies

Copago de **$0** por consulta por consultas ilimitadas.

Programa de comidas Deliver Fresh

El programa de comidas de Humana para afiliados después de una hospitalización de paciente internado en el hospital o un centro de enfermería.

Tarjeta para productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)

Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$300** por trimestre (3 meses) en la tarjeta para productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) para comprar productos de venta sin receta para la salud y el bienestar elegibles en comercios al detal participantes.

Sistema personal de respuesta para casos de emergencia

El sistema personal de respuesta para casos de emergencia provee ayuda en situaciones de emergencia. El servicio de alerta médica incluye un dispositivo de comunicación instalado en el hogar y un botón portátil. Puede elegir entre una unidad con botón para pulsar (con o sin detección de caídas AutoAlert) o una unidad para la muñeca (sin AutoAlert).

Cuidado personal en el hogar

Copago de **$0** por un mínimo de 3 horas por día, hasta un máximo de 42 horas por año para determinados servicios en el hogar para ayudar a personas con discapacidades y/o afecciones médicas a realizar actividades cotidianas (ADL, por sus siglas en inglés) dentro del hogar con un asistente acreditado (p. ej., asistencia para bañarse, vestirse, ir al baño, caminar, comer y preparar comidas).

Es posible que se requiera autorización. Para más detalles, contacte con el plan.

Recompensas e incentivos

Go365 by Humana®, un programa de recompensas e incentivos por completar ciertos exámenes de salud preventivos y actividades de salud y bienestar.

Pelucas (relacionadas con el tratamiento de quimioterapia)

Hasta un beneficio máximo ilimitado por año.

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 **humana.com/finder/search** o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos uno.

Puede ver la **guía de medicamentos** de nuestro plan en nuestro sitio web en **humana.com/medicaredruglist** o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos una.

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.

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 12/31/2023 basado en una revisión del Modelo de cuidado de Humana.

Patrocinado por HUMANA MEDICAL PLAN, INC. y la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del estado de Florida.

Refracciones de los ojos cubiertas por Medicare no están cubiertas durante una consulta médica con un especialista.

Los servicios de telesalud que se muestran son adicionales a los servicios de telesalud cubiertos por Medicare Original. Su costo puede ser diferente para los servicios de telesalud de Medicare Original.
Las limitaciones para los servicios de telesalud, también conocidos como consultas virtuales o telemedicina, varían según el estado. Estos servicios 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 su red. Cualquier descripción de cuándo utilizar los servicios de telesalud tiene fines informativos únicamente y no debe interpretarse como asesoramiento médico. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener detalles adicionales sobre lo que podría cubrir su plan u otras reglas que podrían aplicarse.

Además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D, los planes pueden ofrecer los beneficios suplementarios.

Humana®

espanol.humana.com

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
  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 ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su portal de quejas, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o a **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.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California): **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-877-320-1235 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
1-877-320-1235 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오 .

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Wódahí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'į' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'dęę niká'adoowoł.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-077A
(HMO D-SNP)
H1036077000 SPA
Condado de Miami-Dade

espanol.humana.com

H1036077000SBSP22