

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus H4141-015 (HMO)

Atlanta

Área metropolitana de Atlanta

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Georgia: Clayton, DeKalb, Fulton, Gwinnett, Henry.

Humana[®]

Lista de verificación previa a la inscripción

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

Entender los beneficios

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

Entender las reglas importantes

- ☐ Usted no paga una prima mensual separada por este plan de Humana, pero debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 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.

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus H4141-015 (HMO)

Atlanta

Área metropolitana de Atlanta

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Georgia: Clayton, DeKalb, Fulton, Gwinnett, Henry.

Humana®



Hablemos sobre Humana Gold Plus

H4141-015 (HMO)

Obtenga más información sobre el plan Humana Gold Plus H4141-015 (HMO), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

Humana Gold Plus H4141-015 (HMO) es un plan HMO Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

La información que proveemos sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No abarca todos los servicios que cubrimos ni tampoco la totalidad de limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, soliciten la “Evidencia de cobertura”.

Para ser elegible

Para inscribirse en Humana Gold Plus H4141-015 (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nombre del plan:

Humana Gold Plus H4141-015 (HMO)

Cómo contactarnos:

Si usted es afiliado de este plan, llame sin costo al: **1-800-457-4708 (TTY: 711)**.

Si **no** es afiliado de este plan, llame sin costo al: **1-800-833-2364 (TTY: 711)**.

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

Llame los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

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

Más información sobre Humana Gold Plus H4141-015 (HMO)

¿Tiene Medicare y Medicaid? Si es beneficiario con doble elegibilidad inscrito tanto en Medicare como en el programa del estado, posiblemente no tenga que pagar los costos médicos indicados en este folleto, y los costos de medicamentos recetados también serán más bajos.

Si tiene Medicaid, asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid además de su tarjeta de afiliado de Humana para que su proveedor tenga conocimiento de que usted puede tener cobertura adicional. Humana paga primero sus servicios y luego los paga Medicaid.

Como afiliado debe seleccionar a un médico dentro de la red para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP). Humana Gold Plus H4141-015 (HMO) 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.



Una asociación saludable

¡Obtenga más provecho de su plan — con 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.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad máxima de desembolso personal	\$6,800 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

Cuidado hospitalario a pacientes internados con afecciones agudas	Copago de \$298 por día por los días 1 a 5 Copago de \$0 por día por los días 6 a 90 Su plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización de paciente internado.
Cobertura hospitalaria ambulatoria	• Cirugía ambulatoria en un hospital ambulatorio: Copago de \$375 • Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria: Copago de \$325
Visitas al consultorio médico	• Proveedor de cuidado primario: Copago de \$0 • Especialista: Copago de \$30
Cuidado preventivo	Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo cuando usted consulta a un proveedor dentro de la red, que incluyen: • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento para abuso del alcohol • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Pruebas de detección cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal • Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible) • Prueba de detección de la depresión • Pruebas de detección de diabetes • Prueba de detección de VIH • Servicios de terapia de nutrición médica • Prueba de detección para la obesidad y asesoramiento • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA, por sus siglas en inglés) • Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. 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.)

- 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

Copago de **\$90**

Si usted es admitido en el hospital dentro de las primeras 24 horas, no tiene que pagar la parte del costo que le corresponde por el cuidado médico en casos de emergencia.

Servicios que se necesitan con urgencia

Copago de **\$30** en un centro de cuidado de urgencia

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

CUIDADO MÉDICO Y SERVICIOS AMBULATORIOS

Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes

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

- Mamografía de diagnóstico: Copago de **\$0**
- Radiología de diagnóstico: Copago de **\$180 a \$375**
- Servicios de laboratorio: Copago de **\$0 a \$45**
- Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Copago de **\$0 a \$100**
- Radiografías para pacientes ambulatorios: Copago de **\$0 a \$100**
- Radioterapia: Copago de **\$30 o 20%** del costo

Servicios de la audición

Examen auditivo cubierto por Medicare: Copago de **\$30**

Servicios auditivos rutinarios:

Dentro de la red:

HER938

- Copago de **\$0** por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.
- Copago de **\$599** por audífono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído por año.
- Copago de **\$899** por cada audífono de nivel Premium, hasta 1 por oído por año.

La compra de audífonos incluye:

- Consultas de seguimiento ilimitadas al proveedor durante el primer año después de la compra del audífono TruHearing
- Período de prueba de 60 días
- Garantía extendida de 3 años

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. 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.



- 80 baterías por audifono para modelos no recargables
- Debe consultar a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. Llame al 1-844-255-7144 para programar una cita (para TTY, marque 711).**

Servicios dentales

Servicios dentales cubiertos por Medicare: Copago de **\$30**

Servicios dentales rutinarios:

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

Dentro de la red:

DEN332

- Coseguro del **0%** por evaluación oral integral o examen periodontal, hasta 1 cada 3 años.
- Coseguro del **0%** por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años.
- Coseguro del **0%** por radiografías de mordida, radiografías intraorales, hasta 1 juego(s) por año.
- Coseguro del **0%** por examen diagnóstico de emergencia, hasta 1 por año.
- Coseguro del **0%** por tratamiento con flúor, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.
- Coseguro del **0%** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.
- Coseguro del **0%** por anestesia necesaria con servicios cubiertos, sin límite por año.
- Copago de **\$25** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años.
- Copago de **\$25** por alisado por inflamación moderada, hasta 1 cada 3 años.
- Copago de **\$25** por recementado de coronas, hasta 1 cada 5 años.
- Copago de **\$25** por empaste de amalgama y/o composite, tratamiento de emergencia para el dolor, extracción simple o quirúrgica, hasta 2 por año.
- Coseguro del **50%** por ajustes oclusales, hasta 1 cada 3 años.
- Coseguro del **50%** por dentadura postiza completa, dentadura postiza parcial, hasta 1 cada 5 años.
- Coseguro del **50%** por coronas, hasta 1 por diente de por vida.
- Coseguro del **50%** por ajustes en dentaduras postizas, rebasado de dentaduras postizas, revestimiento de dentaduras postizas, reparación de dentaduras postizas, acondicionamiento de tejidos, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$2,000** por año para beneficios preventivos e integrales.

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**.

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. 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.)

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".

Servicios para la vista

- Servicios para la vista cubiertos por Medicare: Copago de **\$30**
- 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:

Dentro de la red:

VIS735

- Copago de **\$0** por examen rutinario, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$200** por año para lentes de contacto o anteojos-lentes y monturas, ajustes para anteojos-lentes y monturas.
- Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año.
- La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año.

La refracción se cubre únicamente cuando se factura como parte del examen de la vista rutinario.

Puede encontrar el localizador de proveedores para servicios rutinarios para la vista en **espanol.humana.com** > Encontrar un médico > seleccione el ícono gráfico del Cuidado de la vista > Cobertura de la vista a través de los planes Medicare Advantage.

Servicios para la salud mental

Paciente internado:

- Copago de **\$587** por día por los días 1 a 3
- Copago de **\$0** por día por los días 4 a 90
- Su plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico

Paciente ambulatorio (consultas de terapia individual y grupal):

Copago de **\$40 a \$100**

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

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

- Copago de **\$0** por día por los días 1 a 20
- Copago de **\$188** por día por los días 21 a 100
- Su plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF)

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. 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.)

Terapia física

- Copago de **\$25 a \$40**

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

BENEFICIOS ADICIONALES

Ambulancia

Copago de **\$290** por fecha de servicio

Transporte

Copago de **\$0** para lugares aprobados por el plan, hasta 36 viajes sencillos por año.
Este beneficio no debe exceder las 75 millas por viaje.

El afiliado *debe* comunicarse con el proveedor de transporte para organizar el transporte.



Beneficios de medicamentos recetados

Medicamentos de la Parte B de Medicare

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

MEDICAMENTOS RECETADOS

Si no recibe Ayuda adicional para sus medicamentos, usted pagará lo siguiente:

Deducible Este plan no tiene deducible.

Cobertura inicial

Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales de medicamentos durante el año lleguen a **\$4,430**. Los costos totales de medicamentos durante el año son los costos totales de medicamentos que pagan ambos, usted y nuestro plan. Una vez que llegue a esta cantidad, ingresará en el Período sin cobertura. Como parte del Programa de ahorros en insulina, usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) para Insulinas seleccionadas en la etapa de cobertura inicial. Consulte la sección Cobertura adicional para medicamentos de este documento para obtener más detalles específicos.

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

Costos compartidos preferidos

Opciones de farmacias	Minorista Para buscar las farmacias minoristas con costos compartidos preferidos cerca de su domicilio, vaya a Humana.com/pharmacyfinder		Pedido por correo Humana Pharmacy®	
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$12	\$36	\$12	\$0
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$131
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$100	\$300	\$100	\$290
Nivel 5: Nivel de especialidad	33%	No aplica	33%	No aplica

Costos compartidos estándares

Opciones de farmacias	Minorista Todas las demás farmacias minoristas de la red.		Pedido por correo Walmart Mail, PillPack	
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$10	\$30	\$10	\$30
Nivel 2: Genéricos	\$20	\$60	\$20	\$60
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$100	\$300	\$100	\$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33%	No aplica	33%	No aplica

Es posible que los medicamentos genéricos estén cubiertos en otros niveles aparte del Nivel 1 y el Nivel 2. Por consiguiente, revise la Guía de medicamentos de Humana de este plan para validar el nivel específico en el cual están cubiertos sus medicamentos.

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

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

Si recibe Ayuda adicional para sus medicamentos, usted pagará lo siguiente:

Deducible Este plan no tiene deducible.

Costos compartidos en farmacias

Medicamentos genéricos	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
(incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea:	Un copago de \$0 ; o un copago de \$1.35 ; o un copago de \$3.95 ; o el 15% del costo	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, ya sea:	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
	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

COBERTURA ADICIONAL PARA MEDICAMENTOS

Este plan participa en el Programa de ahorros en insulina que proporciona copagos asequibles y predecibles para Insulinas seleccionadas durante las primeras tres etapas de pago de medicamentos (deducible [si corresponde], cobertura inicial y período sin cobertura) del beneficio de la Parte D. El Programa de ahorros en insulina no se aplica a la etapa de cobertura catastrófica. Para averiguar qué medicamentos son Insulinas seleccionadas, consulte la Guía de medicamentos de Humana de este plan. Usted puede identificar las Insulinas seleccionadas por el indicador "ISP" en la Guía de medicamentos. Usted no es elegible para este programa si recibe Ayuda adicional.

Su parte del costo para Insulinas seleccionadas durante la etapa de deducible (si corresponde), la etapa de cobertura inicial y la etapa de período sin cobertura como parte del Programa de ahorros en insulina es:

Costos compartidos preferidos para Insulinas seleccionadas

Opciones de farmacias	Minoristas para buscar las farmacias minoristas con costos compartidos preferidos cerca de su domicilio, vaya a Humana.com/pharmacyfinder		Pedido por correo Humana Pharmacy®	
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$35	\$105	\$35	\$95

Costos compartidos estándares para Insulinas seleccionadas

Opciones de farmacias	Minoristas Todas las demás farmacias minoristas de la red.		Pedido por correo Walmart Mail, PillPack	
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$35	\$105	\$35	\$105

Los costos compartidos pueden variar según la farmacia que elija, cuándo ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D y si es elegible para obtener "Ayuda adicional". Para determinar si es elegible para obtener "Ayuda adicional" contacte a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Para más información sobre los costos compartidos adicionales de servicios de farmacia y las fases del beneficio, llámenos o consulte 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 disponibles de suministro

A menos que se especifique lo contrario, puede recibir sus medicamentos de la Parte D en las siguientes cantidades de suministros por días:

- Suministro de un mes (hasta 30 días)*
- Suministro de dos meses (de 31 a 60 días)
- Suministro de tres meses (de 61 a 90 días)

*Farmacia de cuidado a largo plazo (suministro de un mes = 31 días)

Período sin cobertura

Cuando ingresa al período sin cobertura, usted paga el **25 por ciento** de los costos del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el **25 por ciento** de los costos del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos totales sumen **\$7,050**, momento en el que finaliza el período sin cobertura. Como parte del Programa de ahorros en insulina, usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) para Insulinas seleccionadas en el período sin cobertura. Consulte la sección Cobertura adicional para medicamentos de este documento para obtener más detalles específicos. No todos ingresarán al período sin cobertura.

Con este plan, es posible que pague aún menos por lo siguiente:

Nivel 3 (De marca preferidos) - Ciertos medicamentos de insulina

Para más información sobre los costos compartidos en el período sin cobertura, llámenos o consulte su Evidencia de cobertura en línea.

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 **\$7,050**, usted paga la cantidad mayor de:

- el **5%** del costo, o
- un copago de **\$3.95** por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de **\$9.85** por todos los demás medicamentos



Beneficios adicionales

Cuidado de los pies cubierto por Medicare (podología)

Copago de **\$30**

Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare

Copago de **\$20**

Equipo/suministros médicos

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

- Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno): **20%** del costo
- Suministros médicos: **20%** del costo
- Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos): **20%** del costo
- Suministros para el control de la diabetes: Copago de **\$0** o **10%** a **20%** del costo

Servicios de rehabilitación

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

- Terapia ocupacional y del habla: Copago de **\$25 a \$40**
- Rehabilitación cardíaca: Copago de **\$25**
- Rehabilitación pulmonar: Copago de **\$25**

Servicios de telesalud (además de Medicare original)

- Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés): Copago de **\$0**
- Especialista: Copago de **\$30**
- Servicios de cuidado de urgencia: Copago de **\$0**
- Servicios para la salud del comportamiento y por farmacodependencia: Copago de **\$0**



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.

Programa de comidas Well Dine® de Humana

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

Pedido por correo de productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)

Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$100** por trimestre (3 meses) para ciertos productos de venta sin receta para la salud y el bienestar.

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).

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.

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.

Refracciones de los ojos cubiertos por Medicare no están cubiertos durante una consulta médica con una 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.

¡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): Wóda'í béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowoł.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

Humana Gold Plus H4141-015 (HMO)

H4141015000 SPA

Área metropolitana de Atlanta

