

2022

Resumen de beneficios

HumanaChoice H5216-043 (PPO)

Texas

Determinados condados en Texas

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.
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos provistos por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar proveerle tratamiento. Los proveedores no contratados pueden negar el cuidado médico, excepto en situaciones de emergencia o urgencia. Además, es posible que pague un copago más alto por los servicios provistos de los proveedores no contratados.

2022

Resumen de beneficios

HumanaChoice H5216-043 (PPO)

Texas

Determinados condados en Texas

Humana[®]

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Texas: Aransas, Armstrong, Atascosa, Austin, Banderá, Bee, Bexar, Bowie, Brazoria, Caldwell, Calhoun, Callahan, Cameron, Carson, Cass, Chambers, Coleman, Collin, Colorado, Comal, Comanche, Cooke, Dallas, Deaf Smith, Delta, Denton, Dimmit, Eastland, Ector, Edwards, El Paso, Ellis, Erath, Fannin, Fayette, Fort Bend, Frio, Galveston, Grayson, Grimes, Guadalupe, Hardin, Harris, Hidalgo, Hill, Hood, Howard, Jefferson, Jim Wells, Johnson, Jones, Kaufman, Kendall, Kerr, Kleberg, Lamar, Liberty, Lubbock, Martin, Matagorda, Maverick, McLennan, Medina, Midland, Montague, Montgomery, Navarro, Nueces, Orange, Palo Pinto, Parker, Polk, Potter, Randall, Real, Red River, Rockwall, San Jacinto, San Patricio, Shackelford, Tarrant, Taylor, Titus, Trinity, Tyler, Victoria, Walker, Waller, Washington, Wharton, Willacy, Wilson, Wise, Wood, Zavala.



Hablemos sobre HumanaChoice H5216-043 (PPO)

Obtenga más información sobre el plan HumanaChoice H5216-043 (PPO), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

HumanaChoice H5216-043 (PPO) es un plan PPO Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

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

Para ser elegible

Para inscribirse en HumanaChoice H5216-043 (PPO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nombre del plan:

HumanaChoice H5216-043 (PPO)

Cómo contactarnos:

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

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

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

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

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 HumanaChoice H5216-043 (PPO)

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

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

Como afiliado, es buena idea seleccionar a un médico para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP). HumanaChoice H5216-043 (PPO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que esté sujeto a un coseguro o copagos superiores.



Una asociación saludable

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



Prima mensual, deducible y límites

COSTOS DEL PLAN

Prima mensual del plan

\$10

Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Si recibe asistencia con la prima, es posible que se reduzca la prima de su plan.

Deducible médico

Este plan no tiene deducible.

Deducible de farmacia (Parte D)

\$250 para Nivel 4, Nivel 5

Responsabilidad máxima de desembolso personal

\$6,700 dentro de la red
\$11,300 combinado dentro y fuera 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

DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED

CUIDADO HOSPITALARIO A PACIENTES INTERNADOS CON AFECCIONES AGUDAS

Copago de **\$325** 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.

Copago de **\$475** por día por los días 1 a 25

Copago de **\$0** por día por los días 26 a 90

COBERTURA HOSPITALARIA AMBULATORIA

Cirugía ambulatoria en un hospital ambulatorio

Copago de **\$325**

40% del costo

Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria

Copago de **\$255**

40% del costo

VISITAS AL CONSULTORIO MÉDICO

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)

Copago de **\$0**

Copago de **\$25**

Especialistas

Copago de **\$35**

Copago de **\$65**

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.



	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
CUIDADO PREVENTIVO	<p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo cuando usted consulta a un proveedor dentro de la red, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco) 	<p>Copago de \$0 o 40% del costo, según el servicio y el lugar donde se provea</p> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.</p>

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.)

H5216043001

DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED

- 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 **\$90**

Copago de **\$90**

Servicios que se necesitan con urgencia

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

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

40% del costo en un centro de cuidado de urgencia

CUIDADO AMBULATORIO Y SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES

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

Mamografía de diagnóstico

Copago de **\$35 a \$75**

Copago de **\$65** o **40%** del costo

Radiología de diagnóstico

Copago de **\$180 a \$325**

40% del costo

Servicios de laboratorio

Copago de **\$0 a \$50**

40% del costo

Procedimientos y pruebas de diagnóstico

Copago de **\$0 a \$175**

Copago de **\$25 a \$65** o **40%** del costo

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.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Radiografías para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 a \$95	Copago de \$25 a \$65 o 40% del costo
Radioterapia	Copago de \$45 o 20% del costo	Copago de \$65 o 40% del costo
SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN		
Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de \$35	Copago de \$65
Servicios auditivos rutinarios	<p>HER941</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. Copago de \$699 por audífono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído por año. Copago de \$999 por cada audífono de nivel Premium, hasta 1 por oído por año. <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 80 baterías por audífono para modelos no recargables 	<p>HER941</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. Copago de \$699 por audífono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído por año. Copago de \$999 por cada audífono de nivel Premium, hasta 1 por oído por año. <p>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).</p>

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 \$35	Copago de \$65
<p>Servicios dentales rutinarios</p> <p>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.</p> <p>Utilice la red HumanaDental Medicare para los beneficios dentales suplementarios obligatorios. Puede encontrar el</p>	<p>DEN978</p> <ul style="list-style-type: none"> 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, hasta 1 juego(s) por año. 	<p>DEN978</p> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 50% por examen oral o evaluación oral integral, examen periodontal, hasta 1 cada 3 años. Coseguro del 50% por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años. Coseguro del 50% por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.

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.)

H5216043001

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<p>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".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 0% por radiografías intraorales, hasta 1 por año. • Coseguro del 0% por tratamiento con flúor, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. • Coseguro del 0% por anestesia necesaria con servicios cubiertos, sin límite por año. • Coseguro del 50% por empaste de amalgama y/o composite, extracción simple o quirúrgica, hasta 2 por año. • Coseguro del 70% por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años. • Coseguro del 70% por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de \$2000 por año para beneficios preventivos e integrales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 50% por radiografías intraorales, hasta 1 por año. • Coseguro del 50% por tratamiento con flúor, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. • Coseguro del 50% por anestesia necesaria con servicios cubiertos, sin límite por año. • Coseguro del 55% por empaste de amalgama y/o composite, extracción simple o quirúrgica, hasta 2 por año. • Coseguro del 75% por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años. • Coseguro del 75% por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de \$2000 por año para beneficios preventivos e integrales. • Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a exclusiones, límites y/o cantidades máximas del beneficio dentro de la red.

SERVICIOS PARA LA VISTA

Servicios para la vista cubiertos por Medicare	Copago de \$35	Copago de \$65
Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare	Copago de \$0	40% del costo
Pruebas de detección de glaucoma cubierta por Medicare	Copago de \$0	40% del costo
Anteojos o lentes de contacto (posterior a cataratas) cubiertos por Medicare	Copago de \$0	Copago de \$0

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.)

H5216043001

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<p>Servicios rutinarios para la vista</p> <p>La refracción se cubre únicamente cuando se factura como parte del examen de la vista rutinario.</p> <p>Para servicios rutinarios para la vista, puede encontrar el localizador de proveedores en espanol.humana.com > "Encontrar un médico" > seleccione el icono de servicios para la vista > "Cobertura de la vista a través de los planes Medicare Advantage".</p>	<p>VIS751</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por examen rutinario, hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de \$75 por año para examen rutinario. Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de \$100 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. 	<p>VIS751</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por examen rutinario, hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de \$75 por año para examen rutinario. Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de \$100 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. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las exclusiones, limitaciones o cantidades máximas del beneficio dentro de la red.

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 **\$318** por día por los días 1 a 5
 Copago de **\$0** por día por los días 6 a 90

Copago de **\$475** por día por los días 1 a 25
 Copago de **\$0** por día por los días 26 a 90

Consultas de terapia individual y grupal como paciente ambulatorio

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

Copago de **\$30 a \$100**

Copago de **\$65 o 40%** del costo

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.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)		
Su plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF)	Copago de \$0 por día por los días 1 a 20 Copago de \$172 por día por los días 21 a 60 Copago de \$0 por día por los días 61 a 100	40% del costo por los días 1 a 100
TERAPIA FÍSICA		
Los costos compartidos pueden variar según el servicio y el lugar donde se provea el servicio.	Copago de \$25	Copago de \$65 o 40% del costo
AMBULANCIA		
Ambulancia (terrestre)	Copago de \$290 por fecha de servicio	Copago de \$290 por fecha de servicio
Ambulancia (aérea)	20% del costo	20% del costo
TRANSPORTE		
	No hay cobertura	No hay cobertura



Beneficios de medicamentos recetados

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE		
Medicamentos para quimioterapia	20% del costo	40% del costo
Otros medicamentos de la Parte B	20% del costo	20% del costo
MEDICAMENTOS RECETADOS		

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

Deducible Este plan tiene un deducible de **\$250** para medicamentos en el Nivel 4, Nivel 5. Usted pagará el costo total de estos medicamentos hasta que alcance \$250. Luego, solo paga su costo compartido. No hay deducible para Insulinas seleccionadas como parte del Programa de ahorros en insulina. Durante esta etapa, usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) para Insulinas seleccionadas. Consulte la sección Cobertura adicional para medicamentos de este documento para obtener más detalles.

Cobertura inicial (después de que usted paga su deducible, si corresponde)

Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales de medicamentos durante el año lleguen a **\$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		Pedido por correo	
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
	Para buscar las farmacias minoristas con costos compartidos preferidos cerca de su domicilio, vaya a Humana.com/pharmacyfinder		Humana Pharmacy®	
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$3	\$9	\$3	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$10	\$30	\$10	\$0
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$131
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$99	\$297	\$99	\$287
Nivel 5: Nivel de especialidad	28%	No aplica	28%	No aplica

Costos compartidos estándares

Opciones de farmacias	Minorista		Pedido por correo	
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
	Todas las demás farmacias minoristas de la red.		Walmart Mail, PillPack	
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$10	\$30	\$10	\$30
Nivel 2: Genéricos	\$20	\$60	\$20	\$60
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$100	\$300	\$100	\$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	28%	No aplica	28%	No aplica

Es posible que los medicamentos genéricos estén cubiertos en otros niveles aparte del Nivel 1 y el Nivel 2. Por consiguiente, revise la 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 Es posible que pague **\$0** o **\$99** según su nivel de Ayuda adicional (para Nivel 4, Nivel 5). Si su deducible es de **\$99**, usted paga el costo total de estos medicamentos hasta que alcance **\$99**. Luego, solo paga su costo compartido.

Costos compartidos en farmacias

	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos):	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:	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

Medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés) Con cobertura por la cantidad del costo compartido del Nivel 1.

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 otras 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 1 (Genéricos preferidos) - Todos los medicamentos

Nivel 2 (Genéricos) - Todos los medicamentos

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 medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de **\$9.85** por todos los demás medicamentos



Beneficios adicionales

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Cuidado de los pies cubierto por Medicare (podología)	Copago de \$35	Copago de \$65
Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	Copago de \$20	40% del costo
EQUIPO/SUMINISTROS MÉDICOS		
Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	20% del costo	20% del costo
Suministros médicos	20% del costo	25% del costo
Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)	20% del costo	25% del costo
Suministros para el control de la diabetes	Copago de \$0 o 10% a 20% del costo	25% del costo
Los costos compartidos pueden variar según el lugar donde se provea el servicio.		
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN		
Terapia ocupacional y del habla	Copago de \$25	Copago de \$65 o 40% del costo
Los costos compartidos pueden variar según el servicio y el lugar donde se provea el servicio.		
Rehabilitación cardíaca	Copago de \$30	Copago de \$65 o 40% del costo
Los costos compartidos pueden variar según el servicio y el lugar donde se provea el servicio.		
Rehabilitación pulmonar	Copago de \$30	Copago de \$65 o 40% del costo
Los costos compartidos pueden variar según el servicio y el lugar donde se provea el servicio.		
SERVICIOS DE TELESALUD (además de Medicare original)		
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	Copago de \$0	No hay cobertura

Especialista	Copago de \$35	No hay cobertura
Servicios de cuidado de urgencia	Copago de \$0	No hay cobertura
Servicios para la salud del comportamiento o por farmacodependencia	Copago de \$0	No hay cobertura



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.

Cobertura de viajes

La red nacional PPO le brinda cobertura dentro de la red en todo el país, así que puede ver a cualquier médico que acepte los términos y condiciones del plan. Podrá viajar con facilidad o dividir su tiempo entre ubicaciones. Visite

espanol.humana.com o contacte con Atención al cliente al número que está al reverso de su tarjeta de identificación si necesita ayuda para buscar un proveedor de la red.

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 **\$25** por trimestre (3 meses) para ciertos productos de venta sin receta para la salud y el bienestar.

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.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación de tratar a los afiliados de Humana, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

¡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' hódílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánida'áwo'déé' níká'adoował.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

HumanaChoice H5216-043 (PPO)

H5216043001 SPA

Determinados condados en Texas

