

Resumen de beneficios

HumanaChoice SNP-DE H5216-206 (PPO D-SNP)

Georgia

Determinados condados en Georgia

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

2022

Resumen de beneficios

HumanaChoice SNP-DE H5216-206 (PPO D-SNP)

Georgia

Determinados condados en Georgia

Humana[®]

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Georgia: Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Ben Hill, Berrien, Bibb, Bleckley, Brantley, Brooks, Bryan, Bulloch, Burke, Butts, Calhoun, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Charlton, Chatham, Chattahoochee, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clay, Clayton, Clinch, Cobb, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Dougherty, Douglas, Early, Echols, Effingham, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gilmer, Glascock, Glynn, Gordon, Grady, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Henry, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jeff Davis, Jefferson, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Lanier, Laurens, Lee, Liberty, Lincoln, Long, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Miller, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabun, Randolph, Richmond, Rockdale, Schley, Screven, Seminole, Spalding, Stephens, Stewart, Sumter, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Terrell, Thomas, Tift, Toombs, Towns, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Union, Upson, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Whitfield, Wilcox, Wilkes, Wilkinson, Worth.



Hablemos sobre HumanaChoice SNP-DE H5216-206 (PPO D-SNP)

Obtenga más información sobre el plan HumanaChoice SNP-DE H5216-206 (PPO D-SNP), incluidos los servicios de salud y de medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

HumanaChoice SNP-DE H5216-206 (PPO D-SNP) es un plan de Cuidado coordinado con un contrato con Medicare y un contrato con the Georgia Department of Community Health (el Departamento de Salud Comunitaria, DCH de Georgia) (Medicaid). 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, es buena idea seleccionar a un médico para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). HumanaChoice SNP-DE H5216-206 (PPO D-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. 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 HumanaChoice SNP-DE H5216-206 (PPO 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 Georgia Department of Community Health (el Departamento de Salud Comunitaria, DCH de Georgia) (Medicaid). Si usted recibe tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid, esto significa que usted tiene doble elegibilidad.

HumanaChoice SNP-DE H5216-206 (PPO D-SNP) puede inscribir a personas con doble elegibilidad que sean QI, QMB, QMB Plus, SLMB, SLMB Plus, y FBDE.

Nombre del plan:

HumanaChoice SNP-DE H5216-206 (PPO D-SNP)

Más información sobre HumanaChoice SNP-DE H5216-206 (PPO 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 Georgia Department of Community Health (el Departamento de Salud Comunitaria, DCH de Georgia) (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.

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 Georgia Department of Community Health (el Departamento de Salud Comunitaria, DCH de Georgia) (Medicaid) 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 Georgia Department of Community Health (el Departamento de Salud Comunitaria, DCH de Georgia) (Medicaid), visite el sitio web de Medicaid de Georgia en **http://dch.georgia.gov/medicaid** o llame a la línea directa de Medicaid al 1-866-211-0950 (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 \$25.80 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 Georgia.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	\$0 o \$99 según el nivel de asistencia para Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5.
Responsabilidad máxima de desembolso personal	\$7,550 dentro de la red \$7,550 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

Para afiliados protegidos contra el pago de costos compartidos por el Programa the Georgia Department of Community Health (el Departamento de Salud Comunitaria, DCH de Georgia) (Medicaid), Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare original hasta la tarifa permitida por Medicaid. Es posible que usted deba pagar un pequeño copago de Medicaid.

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

CUIDADO HOSPITALARIO A PACIENTES INTERNADOS CON AFECCIONES AGUDAS

Dentro de la red:
Copago de **\$0** o **\$325** por día por los días 1 a 6
Copago de **\$0** por día por los días 7 a 90

Fuera de la red:
Copago de **\$0** o **\$325** por día por los días 1 a 6
Copago de **\$0** por día por los días 7 a 90

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.)

H5216206000

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

COBERTURA HOSPITALARIA AMBULATORIA

Cirugía ambulatoria en un hospital ambulatorio

Dentro de la red:
\$0 o
20% del costo

Fuera de la red:
\$0 o
20% del costo

Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria

Dentro de la red:
\$0 o **20%** del costo

Fuera de la red:
\$0 o **20%** del costo

VISITAS AL CONSULTORIO

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

Dentro de la red:
Copago de **\$0**

Fuera de la red:
Copago de **\$0**

Los afiliados deben seguir las pautas de Medicare original sobre la elección de hospitales y médicos

Especialistas

Dentro de la red:
\$0 o Copago de **\$15**

Fuera de la red:
\$0 o Copago de **\$15**

CUIDADO PREVENTIVO

Dentro de la red:
Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo, 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

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.



LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

- 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)
- 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

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.)

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED

aprobados por Medicare durante el año de contrato.

Fuera de la red:
Copago de **\$0**

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

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.

Dentro de la red:
\$0 o Copago de **\$90**

Fuera de la red:
\$0 o Copago de **\$90**

Los afiliados deben seguir las pautas de Medicare original sobre la elección de hospitales y médicos. Puede ir a cualquier sala de emergencias si considera razonablemente que necesita cuidado médico en casos de emergencia

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.

Dentro de la red:
\$0 o Copago de **\$15** en un centro de cuidado de urgencia

Fuera de la red:
\$0 o Copago de **\$15** en un centro de cuidado de urgencia en un centro de cuidado de urgencia

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES

Mamografía de diagnóstico

Dentro de la red:
\$0 o Copago de **\$15** o **20%** del costo

Fuera de la red:
\$0 o Copago de **\$15** o **20%** del costo

Radiología de diagnóstico

Dentro de la red:
\$0 o **20%** del costo

Fuera de la red:
\$0 o **20%** 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.)

H5216206000

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
Servicios de laboratorio	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$15	
	Fuera de la red: Copago de \$0 a \$15	
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$15 o 20% del costo	
	Fuera de la red: Copago de \$0 a \$15 o 20% del costo	
Radiografías para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$100	
	Fuera de la red: Copago de \$0 a \$100	
Radioterapia	Dentro de la red: \$0 o Copago de \$15 o 20% del costo	
	Fuera de la red: \$0 o Copago de \$15 o 20% del costo	
SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN		
Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Dentro de la red: \$0 o Copago de \$15	Solo niños menores de 21 años de edad
	Fuera de la red: \$0 o Copago de \$15	
Servicios rutinarios para la audición	Dentro de la red: HER953	
	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. Copago de \$0 por cada audífono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído cada 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.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

Fuera de la red:

HER953

- Copago de **\$0** por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.
- Copago de **\$0** por cada audífono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído cada 3 años.

La compra de audífonos incluye:

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

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

Servicios dentales cubiertos por Medicare

Dentro de la red:
\$0 o Copago de **\$15**

Niños menores de 21 años de edad: cubre empastes y cirugía oral

Fuera de la red:
\$0 o Copago de **\$15**

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 HumanaDental Medicare para los beneficios

Dentro de la red:
DEN554

- Copago de **\$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años.
- Copago de **\$0** por evaluación oral integral o examen periodontal, hasta 1 cada 3 años.

Adultos de 21 años de edad y mayores: solo extracciones, radiografías y cuidado médico en casos de emergencia

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.



LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

dentales suplementarios obligatorios. Puede encontrar el localizador de proveedores en **espanol.humana.com** > "Encontrar un médico" > en el menú desplegable Tipo de búsqueda, seleccione "Planes dentales" > bajo Tipo de cobertura, seleccione "Todas las redes dentales" > ingrese el código postal > en el menú desplegable de Red, seleccione "HumanaDental Medicare".

- Copago de **\$0** por dentaduras postizas completas, prótesis parciales, hasta 1 juego(s) cada 5 años.
- Copago de **\$0** por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, recementado, hasta 1 cada 5 años.
- Copago de **\$0** por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.
- Copago de **\$0** por ajustes de dentaduras postizas, revestimiento de dentaduras postizas, radiografías intraorales, conducto radicular, hasta 1 por año.
- Copago de **\$0** por empaste de amalgama y/o composite, coronas, tratamiento de emergencia para el dolor, tratamiento con flúor, cirugía oral, examen oral periódico y/o examen de diagnóstico de emergencia, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.
- Copago de **\$0** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.
- Copago de **\$0** por anestesia necesaria con servicios cubiertos, extracción simple o quirúrgica, sin límite por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$1000** por año para beneficios preventivos e integrales.

Fuera de la red:

DEN554

- Coseguro del **50%** por alisado y raspado radicular (limpieza

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.



LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

- profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años.
- Coseguro del **50%** por evaluación oral integral o examen periodontal, hasta 1 cada 3 años.
- Coseguro del **50%** por dentaduras postizas completas, prótesis parciales, hasta 1 juego(s) cada 5 años.
- Coseguro del **50%** por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, recementado, hasta 1 cada 5 años.
- Coseguro del **50%** por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.
- Coseguro del **50%** por ajustes de dentaduras postizas, revestimiento de dentaduras postizas, radiografías intraorales, conducto radicular, hasta 1 por año.
- Coseguro del **50%** por empaste de amalgama y/o composite, coronas, tratamiento de emergencia del dolor, tratamiento con flúor, cirugía oral, examen oral periódico y/o examen de diagnóstico de emergencia, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.
- Coseguro del **50%** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.
- Coseguro del **50%** por anestesia necesaria con servicios cubiertos, extracciones simples o quirúrgicas, sin límite por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de

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.)

H5216206000

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

\$1000 por año para beneficios preventivos e integrales.

- 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 VISTA

Servicios para la vista cubiertos por Medicare

Dentro de la red:
\$0 o Copago de **\$15**

Niños menores de 21 años de edad: hay cobertura

Fuera de la red:
\$0 o Copago de **\$15**

Adultos de 21 años en adelante: solo servicios limitados

Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare

Dentro de la red:
Copago de **\$0**

Fuera de la red:
Copago de **\$0**

Prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare

Dentro de la red:
Copago de **\$0**

Fuera de la red:
Copago de **\$0**

Anteojos o lentes de contacto (posterior a cataratas) cubiertos por Medicare

Dentro de la red:
Copago de **\$0**

Fuera de la red:
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.



LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

Servicios rutinarios para la vista

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

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".

Dentro de la red:

VIS782

- Copago de **\$0** por examen rutinario, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$40** por año para examen rutinario.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$300** 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.

Fuera de la red:

VIS782

- Copago de **\$0** por examen rutinario, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$40** por año para examen rutinario.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$300** 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.

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.)

H5216206000

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

- 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

Dentro de la red:
 Copago de **\$0** o **\$587** por día por los días 1 a 3
 Copago de **\$0** por día por los días 4 a 90

No hay cobertura

Fuera de la red:
 Copago de **\$0** o **\$587** por día por los días 1 a 3
 Copago de **\$0** por día por los días 4 a 90

Consultas de terapia individual y grupal como paciente ambulatorio

Dentro de la red:
 Copago de **\$0** o Copago de **\$40** a **\$100**

Fuera de la red:
 Copago de **\$0** o Copago de **\$40** a **\$100**

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Su plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF)

Dentro de la red:
 Copago de **\$0** por día por los días 1 a 20
\$0 o Copago de **\$188** por día por los días 21 a 100

Fuera de la red:
\$0 or Copago de **\$250** por fecha de servicio

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.)

H5216206000

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

TERAPIA FÍSICA

Dentro de la red:
\$0 o Copago de **\$15**

Fuera de la red:
\$0 o Copago de **\$15**

AMBULANCIA

Ambulancia

Dentro de la red:
\$0 o Copago de **\$250** por fecha de servicio

Fuera de la red:
\$0 o Copago de **\$250** 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.

Sin costos compartidos por servicios de transporte de rutina. El Programa Medicaid estatal proporciona transporte gratuito a servicios médicos (por ej., consultas médicas, traslados hasta clínicas, farmacia, etc.) para los afiliados elegibles para transporte médico que no es de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés). (Vea "Servicios adicionales cubiertos por Medicaid").

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 de medicamentos recetados

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Medicamentos para quimioterapia

Dentro de la red:
Copago de **\$0** o **20%** del costo

Fuera de la red:
Copago de **\$0** o **20%** del costo

Otros medicamentos de la Parte B

Dentro de la red:
Copago de **\$0** o **20%** del costo

Fuera de la red:
Copago de **\$0** o **20%** del costo

MEDICAMENTOS RECETADOS

Medicamentos de la Parte D de Medicare

Consulte la siguiente tabla para obtener información del plan sobre la cobertura para medicamentos recetados

Copago de **\$0.50** a **\$3** por los medicamentos recetados cubiertos por Medicaid que no están cubiertos por un Plan de medicamentos recetados de Medicare**

Deducible Es posible que usted pague **\$0** o **\$99** según su nivel de Ayuda adicional (solo para medicamentos en el Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5). Si su deducible es de **\$99**, paga el costo total de estos medicamentos hasta que alcance **\$99**. Luego, solo paga su costo compartido.

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

Opciones de farmacias

Costos compartidos preferidos	Pedido por correo: Humana Pharmacy® Minorista: para buscar las farmacias minoristas con costos compartidos preferidos cerca de su domicilio, vaya a Humana.com/pharmacyfinder	
Costos compartidos estándares	Pedido por correo: Walmart Mail Minorista: todas las demás farmacias minoristas de la red	
Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos):	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
	Un copago de \$0 ; o Un copago de \$1.35 ; 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

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

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

Los costos compartidos pueden variar según la farmacia que elija, cuándo ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D y si es elegible para obtener "Ayuda adicional". Para determinar si es elegible para obtener "Ayuda adicional", contacte a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Para más información sobre los costos compartidos adicionales específicamente para servicios de farmacia y las fases del beneficio, llámenos o consulte 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 DENTRO Y FUERA DE LA RED	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
Cuidado de los pies cubierto por Medicare (podología)	Dentro de la red: \$0 o Copago de \$15 Fuera de la red: \$0 o Copago de \$15	
Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	Dentro de la red: \$0 or Copago de \$15 Fuera de la red: \$0 or Copago de \$15	No hay cobertura
EQUIPO/SUMINISTROS MÉDICOS		
Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	Dentro de la red: \$0 o 20% del costo Fuera de la red: \$0 o 20% del costo	
Suministros médicos	Dentro de la red: \$0 o 20% del costo Fuera de la red: \$0 o 20% del costo	
Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)	Dentro de la red: \$0 o 20% del costo Fuera de la red: \$0 o 20% del costo	
Suministros para el control de la diabetes	Dentro de la red: Copago de \$0 o 20% del costo Fuera de la red: Copago de \$0 o 20% del costo	

**LO QUE USTED PAGA EN ESTE
PLAN DE HUMANA DENTRO Y
FUERA DE LA RED**

**LÍMITES Y COPAGOS
HABITUALES DE MEDICAID**

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Terapia ocupacional y del habla

Dentro de la red:
\$0 o Copago de **\$15**

Fuera de la red:
\$0 or Copago de **\$15**

Rehabilitación cardíaca

Dentro de la red:
\$0 o Copago de **\$15**

Fuera de la red:
\$0 o Copago de **\$15**

Rehabilitación pulmonar

Dentro de la red:
\$0 o Copago de **\$15**

Fuera de la red:
\$0 o Copago de **\$15**

SERVICIOS DE TELESALUD (además de Medicare Original)

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

Dentro de la red:
Copago de **\$0**

Fuera de la red:
No hay cobertura

Especialista

Dentro de la red:
\$0 o Copago de **\$15**

Fuera de la red:
No hay cobertura

**Servicios de cuidado de
urgencia**

Dentro de la red:
Copago de **\$0**

Fuera de la red:
No hay cobertura

**Servicios para la salud del
comportamiento o por
farmacodependencia**

Dentro de la red:
Copago de **\$0**

Fuera de la red:
No hay cobertura



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. HumanaChoice SNP-DE H5216-206 (PPO 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 Georgia Department of Community Health (el Departamento de Salud Comunitaria, DCH de Georgia) (Medicaid) 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 Georgia Department of Community Health (el Departamento de Salud Comunitaria, DCH de Georgia) (Medicaid): 1-866-211-0950 (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 \$0
Anteojos	Consulte el beneficio para la "Vista" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	Copago de \$0
Audífonos	Consulte el beneficio para la "Audición" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	Copago de \$0
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 Disponible para afiliados en la categoría de elegibles con cobertura completa que no cuentan con medios de transporte. Debe llamar a la compañía de transporte de su región 3 días antes de la cita para programar el servicio de transporte.

SERVICIOS DE CUIDADO A LARGO PLAZO PARA PACIENTES INTERNADOS

Servicios para pacientes internados en hospitales, centros de enfermería y centros de cuidado intermedio en instituciones para enfermedades mentales (IMD, por sus siglas en inglés), para personas de 65 años de edad y mayores	No hay cobertura	Copago de \$0
---	------------------	----------------------

Servicios psiquiátricos para pacientes internados menores de 21 años de edad	Consulte el beneficio de "Salud mental" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	Copago de \$0
---	---	----------------------

Servicios de un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales	No hay cobertura	Copago de \$0
--	------------------	----------------------

Servicios en un centro de enfermería distintos a los realizados en una institución para enfermedades mentales	Consulte el beneficio de "Enfermería especializada" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	Copago de \$0
--	---	----------------------

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID**Hospicio**

Usted no paga nada por el cuidado de hospicio proporcionado en un hospicio certificado por Medicare. Puede que usted tenga que pagar parte de los costos por medicamentos y cuidado de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Contáctenos para más detalles.

SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD

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 Georgia Department of Community Health (el Departamento de Salud Comunitaria, DCH de Georgia) (Medicaid) al 1-866-211-0950 o a la Conexión de recursos para adultos mayores y discapacitados al 1-866-552-4464 (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 Georgia, visite el sitio web de the Georgia Department of Community Health (el Departamento de Salud Comunitaria, DCH de Georgia) (Medicaid) en <http://dch.georgia.gov/medicaid> o llame a la línea directa de Medicaid al 1-866-211-0950 (TTY: 711).



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 **\$25** por mes para gastar en comercios minoristas participantes en la compra de alimentos saludables aprobados.

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.

Servicios quiroprácticos

Servicios quiroprácticos rutinarios:

- Dentro de la red: Copago de **\$15**.
- Fuera de la red: Copago de **\$15**.
- Límite combinado de consultas dentro y fuera de la red: 12 visitas por año.

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.

Cuidado rutinario de los pies

- Dentro de la red: Copago de **\$15**.
- Fuera de la red: Copago de **\$15**.
- Límite combinado de consultas dentro y fuera de la red: 6 visitas por año.

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 **\$125** 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.

Pelucas (relacionadas con el tratamiento de quimioterapia)

Hasta un beneficio máximo combinado de **\$500** dentro y fuera de la red 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.

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.

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 nika'adoowa.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

HumanaChoice SNP-DE H5216-206
(PPO D-SNP)

H5216206000 SPA

Determinados condados en Georgia

