

2022

# Resumen de beneficios

Beneficios suplementarios opcionales

---

**HumanaChoice H5216-211 (PPO)**

North Carolina

**Humana<sup>®</sup>**

## 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 H5216-211 (PPO)**

North Carolina

**Humana<sup>®</sup>**

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en North Carolina: Alamance, Alexander, Anson, Avery, Buncombe, Cabarrus, Caldwell, Caswell, Catawba, Chatham, Cherokee, Clay, Cleveland, Davidson, Davie, Durham, Forsyth, Franklin, Gaston, Graham, Guilford, Haywood, Henderson, Iredell, Jackson, Lee, Lincoln, Macon, Madison, McDowell, Mecklenburg, Mitchell, Montgomery, Moore, Orange, Person, Polk, Randolph, Rockingham, Rowan, Rutherford, Stanly, Stokes, Swain, Transylvania, Union, Vance, Wake, Warren, Watauga, Yadkin, Yancey.



# Hablemos sobre HumanaChoice H5216-211 (PPO)

Obtenga más información sobre el plan HumanaChoice H5216-211 (PPO), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

HumanaChoice H5216-211 (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 H5216-211 (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 H5216-211 (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](http://espanol.humana.com/medicare)**

## Más información sobre HumanaChoice H5216-211 (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 H5216-211 (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

**\$50**

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

**\$500** combinado dentro y fuera de la red

Todos los servicios recibidos de proveedores dentro de la red no se aplican al deducible combinado dentro y fuera de la red. Los servicios que no están cubiertos por Medicare original, los servicios de ambulancia, los servicios de sala de emergencias, los servicios que se necesitan con urgencia en centros de cuidado de urgencia, las vacunas (contra la influenza y la neumonía) y las pruebas y el tratamiento del COVID-19 no se aplican al deducible combinado dentro y fuera de la red.

#### Deducible de farmacia (Parte D)

**\$160** para Nivel 4, Nivel 5

#### Responsabilidad máxima de desembolso personal

**\$6,700** dentro de la red

**\$10,000** 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 6

**40%** del costo

Copago de **\$0** por día por los días 7 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 **\$325**

**40%** del costo

#### Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria

Copago de **\$275**

**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.)

H5216211000

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>VISITAS AL CONSULTORIO MÉDICO</b>		
<b>Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</b>	Copago de <b>\$15</b>	<b>40%</b> del costo
<b>Especialistas</b>	Copago de <b>\$45</b>	<b>40%</b> del costo
<b>CUIDADO PREVENTIVO</b>		
	<p><b>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo cuando usted consulta a un proveedor dentro de la red, que incluyen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Asesoramiento para abuso del alcohol</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento)</li> <li>• Pruebas de detección cardiovasculares</li> <li>• Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Prueba de detección de la depresión</li> <li>• Pruebas de detección de diabetes</li> <li>• Prueba de detección de VIH</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Prueba de detección para la obesidad y asesoramiento</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento</li> </ul>	<p>Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> 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.)

### DENTRO DE LA RED

### FUERA DE LA RED

- 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**

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

**40%** del costo 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 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 **\$45 a \$75**

**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
<b>Radiología de diagnóstico</b>	Copago de <b>\$180 a \$275</b>	<b>40%</b> del costo
<b>Servicios de laboratorio</b>	Copago de <b>\$0 a \$50</b>	<b>40%</b> del costo
<b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</b>	Copago de <b>\$0 a \$95</b>	<b>40%</b> del costo
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>	Copago de <b>\$15 a \$105</b>	<b>40%</b> del costo
<b>Radioterapia</b>	Copago de <b>\$45</b> o <b>20%</b> del costo	<b>40%</b> del costo
<b>SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN</b>		
<b>Servicios para la audición cubiertos por Medicare</b>	Copago de <b>\$45</b>	<b>40%</b> del costo
<b>Servicios auditivos rutinarios</b>	<p><b>HER941</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$0</b> por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.</li> <li>Copago de <b>\$699</b> por audífono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído por año.</li> <li>Copago de <b>\$999</b> por cada audífono de nivel Premium, hasta 1 por oído por año.</li> </ul> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultas de seguimiento ilimitadas al proveedor durante el primer año después de la compra del audífono TruHearing</li> <li>Período de prueba de 60 días</li> <li>Garantía extendida de 3 años</li> <li>80 baterías por audífono para modelos no recargables</li> </ul>	<p><b>HER941</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$0</b> por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.</li> <li>Copago de <b>\$699</b> por audífono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído por año.</li> <li>Copago de <b>\$999</b> por cada audífono de nivel Premium, hasta 1 por oído por año.</li> </ul> <p><b>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).</b></p>

### SERVICIOS DENTALES

Los costos compartidos que se indican a continuación son lo que usted paga por el servicio cubierto. Se dispone de beneficios dentales adicionales con una prima mensual por separado. Consulte la página "Beneficios suplementarios opcionales" para obtener detalles.

<b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b>	Copago de <b>\$45</b>	<b>40%</b> del costo
<b>Servicios dentales rutinarios</b>	<p><b>DEN768</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del <b>0%</b> por evaluación oral integral o examen periodontal, hasta 1 cada 3 años.</li> </ul>	<p><b>DEN768</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del <b>50%</b> por evaluación oral integral o examen periodontal, hasta 1 cada 3 años.</li> </ul>

Los beneficios dentales pueden no cubrir todos los códigos de procedimiento de American

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
<p>Dental Association. La información sobre cada plan está disponible en <b>Humana.com/sb</b>.</p> <p>Utilice la red HumanaDental Medicare para los beneficios dentales suplementarios obligatorios. Puede encontrar el localizador de proveedores en <b>espanol.humana.com</b> &gt; "Encontrar un médico" &gt; en el menú desplegable Tipo de búsqueda, seleccione "Planes dentales" &gt; bajo Tipo de cobertura, seleccione "Todas las redes dentales" &gt; ingrese el código postal &gt; en el menú desplegable de Red, seleccione "HumanaDental Medicare".</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del <b>0%</b> por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.</li> <li>• Coseguro del <b>0%</b> por examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.</li> <li>• Coseguro del <b>0%</b> por anestesia necesaria con servicios cubiertos, sin límite por año.</li> <li>• Coseguro del <b>50%</b> por empaste de amalgama y/o composite, hasta 2 por año.</li> <li>• Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de <b>\$1000</b> por año para beneficios preventivos e integrales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del <b>50%</b> por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.</li> <li>• Coseguro del <b>50%</b> por examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.</li> <li>• Coseguro del <b>50%</b> por anestesia necesaria con servicios cubiertos, sin límite por año.</li> <li>• Coseguro del <b>55%</b> por empaste de amalgama y/o composite, hasta 2 por año.</li> <li>• Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de <b>\$1000</b> por año para beneficios preventivos e integrales.</li> <li>• Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las exclusiones, limitaciones y/o cantidades máximas del beneficio dentro de la red.</li> </ul>

### SERVICIOS PARA LA VISTA

Se dispone de beneficios para la vista adicionales con una prima mensual por separado. Consulte la página "Beneficios suplementarios opcionales" para obtener detalles.

<b>Servicios para la vista cubiertos por Medicare</b>	Copago de <b>\$45</b>	<b>40%</b> del costo
<b>Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare</b>	Copago de <b>\$0</b>	<b>40%</b> del costo
<b>Pruebas de detección de glaucoma cubierta por Medicare</b>	Copago de <b>\$0</b>	<b>40%</b> del costo
<b>Anteojos o lentes de contacto (posterior a cataratas) cubiertos por Medicare</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>

### 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 **\$325** por día por los días 1 a 5  
 Copago de **\$0** por día por los días 6 a 90

**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
<b>Consultas de terapia individual y grupal como paciente ambulatorio</b> Los costos compartidos pueden variar según el lugar donde se provea el servicio.	Copago de <b>\$40 a \$95</b>	<b>40%</b> del costo
<b>CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)</b>		
Su plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF)	Copago de <b>\$0</b> por día por los días 1 a 20 Copago de <b>\$188</b> por día por los días 21 a 56 Copago de <b>\$0</b> por día por los días 57 a 100	<b>40%</b> del costo por los días 1 a 100
<b>TERAPIA FÍSICA</b>		
Los costos compartidos pueden variar según el servicio y el lugar donde se provea el servicio.	Copago de <b>\$15 a \$40</b>	<b>40%</b> del costo
<b>AMBULANCIA</b>		
<b>Ambulancia</b>	Copago de <b>\$290</b> por fecha de servicio	Copago de <b>\$290</b> por fecha de servicio
<b>TRANSPORTE</b>		
	No hay cobertura	No hay cobertura



## Beneficios de medicamentos recetados

<b>MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE</b>		
<b>Medicamentos para quimioterapia</b>	<b>20%</b> del costo	<b>40%</b> del costo
<b>Otros medicamentos de la Parte B</b>	<b>20%</b> del costo	<b>20%</b> 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.

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

**Deducible** Este plan tiene un deducible de **\$160** para medicamentos en el Nivel 4, Nivel 5. Usted pagará el costo total de estos medicamentos hasta que alcance \$160. 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.

**Costos compartidos preferidos**

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

**Costos compartidos estándares**

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

	<b>Suministro de 30 días</b>	<b>Suministro de 90 días</b>
<b>Medicamentos genéricos</b> (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos):	Un copago de <b>\$0</b> ; o Un copago de <b>\$1.35</b> ; o un copago de <b>\$3.95</b> ; o el <b>15%</b> del costo	Un copago de <b>\$0</b> ; o Un copago de <b>\$1.35</b> ; o un copago de <b>\$3.95</b> ; o el <b>15%</b> del costo
<b>Todos los demás medicamentos:</b>	Un copago de <b>\$0</b> ; o Un copago de <b>\$4</b> ; o un copago de <b>\$9.85</b> ; o el <b>15%</b> del costo	Un copago de <b>\$0</b> ; o Un copago de <b>\$4</b> ; o un copago de <b>\$9.85</b> o el <b>15%</b> 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 <a href="https://www.humana.com/pharmacyfinder">Humana.com/pharmacyfinder</a>		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 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
<b>Cuidado de los pies cubierto por Medicare (podología)</b>	Copago de <b>\$45</b>	<b>40%</b> del costo
<b>Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare</b>	Copago de <b>\$20</b>	<b>40%</b> del costo
<b>EQUIPO/SUMINISTROS MÉDICOS</b>		
<b>Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)</b>	<b>20%</b> del costo	<b>40%</b> del costo
<b>Suministros médicos</b>	<b>20%</b> del costo	<b>40%</b> del costo
<b>Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)</b>	<b>20%</b> del costo	<b>40%</b> del costo

<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>10%</b> a <b>20%</b> del costo	<b>40%</b> del costo
Los costos compartidos pueden variar según el lugar donde se provea el servicio.		
<b>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN</b>		
<b>Terapia ocupacional y del habla</b>	Copago de <b>\$15</b> a <b>\$40</b>	<b>40%</b> del costo
Los costos compartidos pueden variar según el servicio y el lugar donde se provea el servicio.		
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Copago de <b>\$15</b>	<b>40%</b> del costo
<b>Rehabilitación pulmonar</b>	Copago de <b>\$15</b>	<b>40%</b> del costo
<b>SERVICIOS DE TELESALUD (además de Medicare original)</b>		
<b>Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</b>	Copago de <b>\$0</b>	No hay cobertura
<b>Especialista</b>	Copago de <b>\$45</b>	No hay cobertura
<b>Servicios de cuidado de urgencia</b>	Copago de <b>\$0</b>	No hay cobertura
<b>Servicios para la salud del comportamiento o por farmacodependencia</b>	Copago de <b>\$0</b>	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.

## **Comidas Worry Free™ de los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés)**

Los afiliados con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) o depresión que participan en los servicios de coordinación del cuidado de la salud y cumplen con los criterios del programa pueden recibir 2 comidas por día durante 12 semanas, es decir, un total de 168 comidas. Puede haber disponibles 12 semanas adicionales de comidas según lo determine el plan. Los afiliados pueden ser elegibles para el programa de comidas Worry Free™ hasta dos veces por año del plan. La participación es gratuita. Se puede requerir autorización.

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

Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$30** 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.



## Beneficios suplementarios opcionales

Personalice su cobertura por una prima mensual adicional al inscribirse. Puede elegir entre los siguientes beneficios para crear su plan Medicare.

**\$25.40**

### **MyOption Dental Enriched DEN787**

Mejora la cobertura dental ya incluida en su plan Medicare Advantage con beneficios adicionales para ciertos servicios preventivos, básicos y mayores tanto con dentistas dentro de la red (red HumanaDental Medicare) como fuera de la red. Estos beneficios adicionales, además de los beneficios básicos, tienen una prima mensual adicional.

**\$25.40**

### **MyOption Enhanced Dental DEN840**

Mejora la cobertura dental ya incluida en su plan Medicare Advantage con beneficios adicionales para servicios preventivos, básicos y mayores tanto con dentistas dentro de la red (red HumanaDental Medicare) como fuera de la red. Estos beneficios adicionales, además de los beneficios básicos, tienen una prima mensual adicional.

**\$15.30**

### **MyOption Vision VIS757**

Ofrece a los afiliados acceso a la red EyeMed Vision Care Select Network y provee beneficios adicionales para la vista. Estos beneficios tienen una prima mensual adicional.

**\$37**

### **MyOption Total Dental DEN984**

Mejora la cobertura dental ya incluida en su plan Medicare Advantage con beneficios adicionales para ciertos servicios preventivos, básicos y mayores tanto con dentistas dentro de la red (red HumanaDental Medicare) como fuera de la red. Estos beneficios adicionales, además de los beneficios básicos, tienen una prima mensual adicional.

*Los beneficios suplementarios opcionales (OSB, por sus siglas en inglés) de Humana MyOption solo están disponibles para afiliados de ciertos planes de Humana Medicare Advantage (MA). Los afiliados de planes de Humana que ofrecen los OSB pueden inscribirse en los OSB en cualquier momento a lo largo del año. Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Los afiliados deben utilizar proveedores de la red para los OSB específicos según esté indicado en la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés); de lo contrario, se pueden obtener servicios cubiertos de proveedores fuera de la red a un costo mayor. Los afiliados deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, la prima de su plan de Humana y la prima de los beneficios suplementarios opcionales.*



## Obtenga **más** información



Puede ver el **directorío 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.

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.



2022

# Beneficios suplementarios opcionales

---

**HumanaChoice H5216-211 (PPO)**

North Carolina

**Humana**<sup>®</sup>

## Mis opciones, Mi elección

### Cómo añadir beneficios a su plan

Usted es único y tiene necesidades particulares. Por eso, Humana ofrece beneficios suplementarios opcionales (OSB, por sus siglas en inglés). Por una prima mensual adicional, puede personalizar su plan Medicare Advantage de Humana.

La información en este manual le informará sobre los beneficios que puede añadir a su plan. Puede añadir estos beneficios adicionales cuando se inscribe en su plan Medicare Advantage. También puede comunicarse con su agente o llamar a ventas de OSB al 1-888-413-7026 para añadir estos beneficios después de que finalice la inscripción abierta de Medicare, el 7 de diciembre. Ventas de OSB está disponible de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, y de lunes a viernes, entre el 1 de abril y el 30 de septiembre.

## MyOption Dental Enriched<sup>SM</sup> (DEN787)

El beneficio MyOption<sup>SM</sup> Dental Enriched le ayuda a planificar su cuidado dental. Este beneficio no tiene un deducible y paga el costo total de dos exámenes rutinarios por año con un proveedor dentro de la red.

Así es cómo funciona el beneficio:

<b>Prima mensual</b>	<b>\$25.40</b>		
<b>Beneficio máximo</b>	Humana paga hasta <b>\$2,000</b> por año calendario		
<b>Servicios dentales cubiertos</b>	<b>Dentro de la red*, usted paga</b>	<b>Fuera de la red**, usted paga</b>	<b>Limitaciones de beneficios por año calendario</b>
<b>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico</b>			
Examen oral periódico	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Dos por año
Examen diagnóstico de emergencia	<b>0%</b>	<b>50%</b>	
Examen periodontal	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Un procedimiento cada tres años
Evaluación oral integral	<b>0%</b>	<b>50%</b>	
Profilaxis dental (limpiezas)	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Dos por año
Tratamiento con flúor	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Dos por año
Radiografía de mordida	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Un juego por año
Radiografía intraoral	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Una por año
Radiografía panorámica o de diagnóstico	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Un cada tres años
Mantenimiento periodontal	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Cuatro por año

## BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (continuación)

Servicios dentales cubiertos	Dentro de la red*, usted paga	Fuera de la red**, usted paga	Limitaciones de beneficios por año calendario
<b>Servicios dentales básicos (de restauración menor)</b>			
Restauraciones con amalgama (empastes de plata)	<b>50%</b>	<b>55%</b>	Dos por año
Restauraciones con resinas de composite (empastes blancos)	<b>50%</b>	<b>55%</b>	
Extracciones (sacar dientes), no quirúrgicas y quirúrgicas	<b>50%</b>	<b>55%</b>	Dos por año
Recementado – Corona	<b>50%</b>	<b>55%</b>	Un procedimiento cada cinco años
Tratamiento de emergencia para el dolor	<b>50%</b>	<b>55%</b>	Dos por año
Anestesia	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Cantidad ilimitada de procedimientos por año
<b>Servicios dentales mayores (endodoncia, periodoncia y cirugía oral)</b>			
Coronas	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Dos por año
Alisado y raspado radicular periodontal (limpieza profunda)	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Un procedimiento por cada cuadrante cada tres años
Alisado - inflamación generalizada	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Un procedimiento cada tres años

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a condiciones, limitaciones, exclusiones y cantidades máximas. Para obtener información detallada, consulte su Evidencia de cobertura.

\*Los dentistas de la red han acordado proveer los servicios con una tarifa negociada. Si consulta a un dentista de la red, no se le puede facturar a usted más que dicha tarifa. \*\*Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las exclusiones, limitaciones y/o cantidades máximas del beneficio dentro de la red. El proveedor fuera de la red puede facturarle a usted cualquier cantidad superior al pago realizado por Humana al proveedor.

Algunos servicios cubiertos pueden considerar antecedentes y procedimientos dentales previos junto con limitaciones de frecuencia mencionadas anteriormente. Es posible que los beneficios dentales no cubran todos los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Americana. La información sobre cada plan está disponible en [espanol.humana.com/sb](http://espanol.humana.com/sb).

Los beneficios dentales suplementarios opcionales de Humana se proporcionan a través de la red de Humana Dental Medicare. Puede encontrar el localizador de proveedores en [espanol.humana.com](http://espanol.humana.com) > "Encontrar un médico" > seleccione el ícono de Dentista del menú > en el menú desplegable de distancia, seleccione la distancia preferida > ingrese el código postal > del método de búsqueda seleccione todas las redes dentales > luego seleccione "HumanaDental Medicare".

## MyOption<sup>SM</sup> Enhanced Dental (DEN840)

El beneficio MyOption<sup>SM</sup> Enhanced Dental le ayuda a planificar fácilmente su cuidado dental.

Así es cómo funciona el beneficio:

<b>Prima mensual</b>	<b>\$25.40</b>		
<b>Beneficio máximo</b>	Humana paga hasta <b>\$2,000</b> por año calendario		
<b>Servicios dentales cubiertos</b>	<b>Dentro de la red*, usted paga</b>	<b>Fuera de la red**, usted paga</b>	<b>Limitaciones de beneficios por año calendario</b>
<b>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico</b>			
Examen oral periódico	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Dos por año
Examen diagnóstico de emergencia	<b>0%</b>	<b>50%</b>	
Examen periodontal	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Un procedimiento cada tres años
Evaluación oral integral	<b>0%</b>	<b>50%</b>	
Profilaxis dental (limpiezas)	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Dos por año
Tratamiento con flúor	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Dos por año
Radiografía de mordida	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Un juego por año
Radiografía intraoral	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Una por año
Radiografía panorámica o de diagnóstico	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Una cada tres años
Mantenimiento periodontal	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Cuatro por año
<b>Servicios dentales básicos (de restauración menor)</b>			
Restauraciones con amalgama (empastes de plata)	<b>50%</b>	<b>55%</b>	Dos por año
Restauraciones con resina de composite (empastes blancos)	<b>50%</b>	<b>55%</b>	
Extracciones (sacar dientes), no quirúrgicas y quirúrgicas	<b>50%</b>	<b>55%</b>	Dos por año
Recementado – Corona	<b>50%</b>	<b>55%</b>	Un procedimiento cada cinco años
Tratamiento de emergencia para el dolor	<b>50%</b>	<b>55%</b>	Dos por año
Anestesia	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Cantidad ilimitada de procedimientos por año

## BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (continuación)

Servicios dentales cubiertos	Dentro de la red*, usted paga	Fuera de la red**, usted paga	Limitaciones de beneficios por año calendario
<b>Servicios dentales mayores (endodoncia, periodoncia y cirugía oral)</b>			
Coronas	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Dos por año
Alisado y raspado radicular periodontal (limpieza profunda)	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Un procedimiento por cada cuadrante cada tres años
Alisado - inflamación generalizada	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Un procedimiento cada tres años

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a condiciones, limitaciones, exclusiones y cantidades máximas. Para obtener información detallada, consulte su Evidencia de cobertura.

\*Los dentistas de la red han acordado proveer los servicios con una tarifa negociada. Si consulta a un dentista de la red, no se le puede facturar a usted más que dicha tarifa.

\*\*Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las exclusiones, limitaciones y/o cantidades máximas del beneficio dentro de la red. El proveedor fuera de la red puede facturarle a usted cualquier cantidad superior al pago realizado por Humana al proveedor.

Algunos servicios cubiertos pueden considerar antecedentes y procedimientos dentales previos junto con limitaciones de frecuencia mencionadas anteriormente. Es posible que los beneficios dentales no cubran todos los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Americana. La información sobre cada plan está disponible en [espanol.humana.com/sb](http://espanol.humana.com/sb).

Los beneficios dentales suplementarios opcionales de Humana se proporcionan a través de la red de Humana Dental Medicare. Puede encontrar el localizador de proveedores en [espanol.humana.com](http://espanol.humana.com) > "Encontrar un médico" > seleccione el ícono de Dentista del menú > en el menú desplegable de distancia, seleccione la distancia preferida > ingrese el código postal > del método de búsqueda seleccione todas las redes dentales > luego seleccione "HumanaDental Medicare".

## MyOption<sup>SM</sup> Vision (VIS757)

El beneficio MyOption<sup>SM</sup> Vision le ayuda a planificar su cuidado de la vista.

Así es cómo funciona el beneficio:

<b>Prima mensual</b>	<b>\$15.30</b>		
<b>Beneficio máximo</b>	Humana paga hasta <b>\$375</b> por una montura de anteojos y un par de lentes o lentes de contacto (convencionales o desechables) por año calendario		
<b>Beneficios para la vista cubiertos</b>	<b>Dentro de la red, usted paga</b>	<b>Fuera de la red*, usted paga</b>	<b>Limitaciones de los beneficios</b>
Examen rutinario - subsidio de <b>\$40</b>	Cualquier cantidad que supere los <b>\$40*</b>	Cualquier cantidad que supere los <b>\$40</b>	Uno por año

## BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (continuación)

Beneficios para la vista cubiertos	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red*, usted paga	Limitaciones de los beneficios
<p>Beneficio de <b>\$375</b> (combinado dentro y fuera de la red) para la compra y adaptación de anteojos y un par de lentes o lentes de contacto.</p> <p>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> <p>Los lentes de contacto incluirán los convencionales o los desechables.</p> <p>Este beneficio se puede usar solamente una vez por año del plan. Los dólares que sobren del beneficio no se transfieren a una compra futura.</p>	<p>Cualquier cantidad que supere el precio minorista de <b>\$375</b></p>	<p>Cualquier cantidad que supere el precio minorista de <b>\$375</b></p>	<p>Uno por año</p>

La refracción solo está cubierta cuando se factura como parte del examen rutinario de la vista.

Los servicios para la vista cubiertos están sujetos a condiciones, limitaciones, exclusiones y cantidades máximas. Para obtener información detallada, consulte su Evidencia de cobertura.

\*El cargo por el examen de la vista rutinario no podrá exceder los **\$40** si se lo realiza en un **proveedor de servicios ópticos dentro de la red EyeMed Vision Care Select**. Infórmele al proveedor de la red que usted forma parte de EyeMed Select Network.

Cuando use un proveedor para la vista fuera de la red, usted será responsable de pagar los costos que superen el subsidio y la cantidad aprobada por el plan. Usted es responsable de enviar un formulario de reclamación fuera de la red de EyeMed Vision Care con un recibo detallado al consultar a un proveedor que no sea de EyeMed Select. Puede encontrar los formularios de reclamación en [espanol.humana.com](http://espanol.humana.com) o puede llamar a Servicio al cliente de EyeMed al 1-844-828-8703, de lunes a sábado, de 7:30 a.m. a 11 p.m., y los domingos, de 11 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Puede encontrar el localizador de proveedores de servicios rutinarios de la vista en [espanol.humana.com](http://espanol.humana.com) > **Encontrar un médico > seleccione el ícono de la vista > Cobertura de la vista a través de los planes Medicare Advantage.**

## MyOption<sup>SM</sup> Total Dental (DEN984)

El beneficio MyOption<sup>SM</sup> Total Dental le facilita la planificación de su cuidado dental.

Así es cómo funciona el beneficio:

Prima mensual	<b>\$37</b>
---------------	-------------

## BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (continuación)

<b>Beneficio máximo</b>	Humana paga hasta <b>\$2,000</b> por año calendario		
<b>Servicios dentales cubiertos</b>	<b>Dentro de la red*, usted paga</b>	<b>Fuera de la red**, usted paga</b>	<b>Limitaciones de beneficios por año calendario</b>
<b>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico</b>			
Examen oral periódico	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Dos por año
Examen diagnóstico de emergencia	<b>0%</b>	<b>50%</b>	
Examen periodontal	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Un procedimiento cada tres años
Evaluación oral integral	<b>0%</b>	<b>50%</b>	
Profilaxis dental (limpiezas)	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Dos por año
Tratamiento con flúor	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Dos por año
Radiografía de mordida	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Un juego por año
Radiografía intraoral	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Uno por año
Radiografías panorámicas o de diagnóstico	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Uno por año
Mantenimiento periodontal	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Cuatro por año
<b>Servicios dentales básicos (de restauración menor)</b>			
Restauraciones con amalgama (empastes de plata)	<b>50%</b>	<b>55%</b>	Dos por año
Restauraciones con resinas de composite (empastes blancos)	<b>50%</b>	<b>55%</b>	
Extracciones (sacar dientes), no quirúrgicas y quirúrgicas	<b>50%</b>	<b>55%</b>	Cantidad ilimitada por año
Recementado – Corona	<b>50%</b>	<b>55%</b>	Un procedimiento cada cinco años
Recementado – Puente	<b>50%</b>	<b>55%</b>	Un procedimiento cada cinco años
Tratamiento de emergencia para el dolor	<b>50%</b>	<b>55%</b>	Dos por año
Anestesia	<b>0%</b>	<b>50%</b>	Cantidad ilimitada por año calendario
<b>Servicios dentales mayores (endodoncia, periodoncia y cirugía oral)</b>			
Tratamiento de conducto radicular	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Uno por año
Coronas	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Dos por año
Alisado y raspado radicular periodontal (limpieza profunda)	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Un procedimiento por cada cuadrante por año

## BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (continuación)

Servicios dentales cubiertos	Dentro de la red*, usted paga	Fuera de la red**, usted paga	Limitaciones de beneficios por año calendario
<b>Servicios dentales mayores (endodoncia, periodoncia y cirugía oral)</b>			
Alisado - inflamación generalizada	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Un procedimiento por año
Dentaduras postizas completas (incluido cuidado rutinario posterior a la entrega)	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Una dentadura postiza superior y/o inferior completa cada cinco años
Dentaduras postizas parciales (incluido cuidado rutinario posterior a la entrega)	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Una dentadura postiza parcial superior e/o inferior cada cinco años
Ajustes de dentaduras postizas (no están cubiertos dentro de los seis meses a partir de la colocación inicial)	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Uno por año
Revestimiento de dentaduras postizas (no permitido en dentaduras postizas de repuesto)	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Uno por año
Rebasado de dentaduras postizas (no cubierto dentro de los seis meses de la colocación inicial)	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Un procedimiento por año
Reparación de dentadura postiza	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Un procedimiento por año
Acondicionamiento de tejido	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Un procedimiento por año
Ajustes oclusales	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Un procedimiento cada tres años
Cirugía oral	<b>70%</b>	<b>75%</b>	Dos por año

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a condiciones, limitaciones, exclusiones y cantidades máximas. Para obtener información detallada, consulte su Evidencia de cobertura.

\*Los dentistas dentro de la red han acordado proveer los servicios con una tarifa negociada. Si consulta un dentista dentro de la red, no se le puede facturar más que dicha tarifa.

\*\*Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las exclusiones, limitaciones y/o cantidades máximas del beneficio dentro de la red. El proveedor fuera de la red puede facturarle a usted cualquier cantidad superior al pago realizado por Humana al proveedor.

Algunos servicios cubiertos pueden considerar antecedentes y procedimientos dentales previos junto con limitaciones de frecuencia mencionadas anteriormente. Es posible que los beneficios dentales no cubran todos los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Americana. La información sobre cada plan está disponible en [espanol.humana.com/sb](https://espanol.humana.com/sb).

Los beneficios dentales suplementarios opcionales de Humana se proporcionan a través de la red de Humana Dental Medicare. Puede encontrar el localizador de proveedores en [espanol.humana.com](https://espanol.humana.com) > "Encontrar un médico" > seleccione el ícono de Dentista del menú > en el menú desplegable de

## **BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES** (continuación)

**distancia, seleccione la distancia preferida > ingrese el código postal > del método de búsqueda seleccione todas las redes dentales > luego seleccione "HumanaDental Medicare".**

Humana es un plan Medicare Advantage PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan de Humana depende de la renovación del contrato. Los Beneficios suplementarios opcionales (OSB, por sus siglas en inglés) de Humana MyOption, solo están disponibles para afiliados de ciertos planes Medicare Advantage (MA) de Humana. Los afiliados de planes de Humana que ofrecen los OSB pueden inscribirse en los OSB en cualquier momento a lo largo del año. Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Los afiliados deben utilizar proveedores de la red para OSB específicos según esté indicado en la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés); de lo contrario, se pueden obtener servicios cubiertos de proveedores que no pertenecen a la red a un costo mayor. Los afiliados inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, su prima de Humana y la prima de los OSB.

**Humana**<sup>®</sup>

[espanol.humana.com](https://espanol.humana.com)





# ¡Importante!

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

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

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618  
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-877-320-1235** o bien, si utiliza un TTY, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su portal de quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California): **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

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

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

### Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

1-877-320-1235 (TTY: 711)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**فارسی (Farsi)**

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

**Diné Bizaad (Navajo):** 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 H5216-211 (PPO)

H5216211000 SPA

North Carolina

