

Resumen de beneficios

HumanaChoice SNP-DE H5216-228 (PPO D-SNP)

Oklahoma

Determinados condados en Oklahoma

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

- ☐ 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 quienes tienen QMB, QMB Plus, SLMB Plus y FBDE.

Resumen de beneficios

HumanaChoice SNP-DE H5216-228 (PPO D-SNP)

Oklahoma

Determinados condados en Oklahoma

Humana®

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Oklahoma: Adair, Blaine, Bryan, Caddo, Canadian, Carter, Cherokee, Choctaw, Cleveland, Comanche, Craig, Creek, Delaware, Dewey, Garfield, Garvin, Grady, Haskell, Hughes, Jackson, Johnston, Kay, Kingfisher, Kiowa, Latimer, Le Flore, Lincoln, Logan, Mayes, McClain, McCurtain, McIntosh, Murray, Muskogee, Noble, Nowata, Okfuskee, Oklahoma, Okmulgee, Osage, Ottawa, Pawnee, Payne, Pittsburg, Pontotoc, Pottawatomie, Pushmataha, Rogers, Seminole, Sequoyah, Stephens, Tulsa, Wagoner, Woodward.



Hablemos sobre HumanaChoice SNP-DE H5216-228 (PPO D-SNP)

Obtenga más información sobre el plan HumanaChoice SNP-DE H5216-228 (PPO D-SNP), incluidos los servicios de salud y de medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

HumanaChoice SNP-DE H5216-228 (PPO D-SNP) es un plan de Cuidado coordinado con un contrato con Medicare y un contrato con the Oklahoma Health Care Authority (la Autoridad del cuidado de la salud de Oklahoma) (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, soliciten 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 H5216-228 (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 H5216-228 (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 Oklahoma Health Care Authority (la Autoridad del cuidado de la salud de Oklahoma) (Medicaid). Si usted recibe tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid, esto significa que usted tiene doble elegibilidad.

HumanaChoice SNP-DE H5216-228 (PPO D-SNP) puede inscribir a personas con doble elegibilidad quienes tienen QMB, QMB Plus, SLMB Plus y FBDE.

Nombre del plan:

HumanaChoice SNP-DE H5216-228 (PPO D-SNP)

Más información sobre HumanaChoice SNP-DE H5216-228 (PPO D-SNP)

Como afiliado de este plan, usted no será responsable de los costos compartidos para los beneficios del plan.

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. 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 Oklahoma Health Care Authority (la Autoridad del cuidado de la salud de Oklahoma) (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 Oklahoma Health Care Authority (la Autoridad del cuidado de la salud de Oklahoma) (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 Oklahoma Health Care Authority (la Autoridad del cuidado de la salud de Oklahoma) (Medicaid), visite el sitio web de Medicaid de Oklahoma en **<https://www.okhca.org/>** o llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-987-7767 (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 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 Oklahoma.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad máxima de desembolso personal	Este plan no tiene una responsabilidad máxima de desembolso personal.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Para los afiliados protegidos contra el pago de costos compartidos por el Programa de the Oklahoma Health Care Authority (la Autoridad del cuidado de la salud de Oklahoma) (Medicaid), Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles para los servicios cubiertos por Medicare original. Es posible que usted deba pagar un 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

Copago de **\$0**

Cubierto si es menor de 21 años

Mayor de 21 años

Copago de **\$10**

Durante los primeros siete días

Copago de **\$5**

El día ocho

COBERTURA HOSPITALARIA AMBULATORIA

Cirugía ambulatoria en un hospital ambulatorio

Copago de **\$0**

Cubierto si es menor de 21 años y si es necesario por razones médicas

Mayor de 21 años

Copago de **\$4** por consulta si es necesario por razones médicas

Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria

Copago de **\$0**

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



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
CONSULTAS MÉDICAS		
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	Copago de \$0	Cubierto si es menor de 21 años Mayor de 21 años Copago de \$4 por consulta 4 consultas al mes, incluidas las consultas al especialista
Especialistas	Copago de \$0	Cubierto si es menor de 21 años Mayor de 21 años Copago de \$4 por consulta 4 consultas al mes, incluidas las consultas al especialista
CUIDADO PREVENTIVO		
	Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo, que incluyen:	Cubierto si es menor de 21 años Cubierto si es mayor de 21 años
	• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento para abuso del alcohol • Medición de la masa ósea • Prueba de detección del cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Pruebas de detección cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal • Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible) • Prueba de detección de la depresión • Pruebas de detección de diabetes • Prueba de detección de VIH • Servicios de terapia de nutrición médica	

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

- 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 aprobados por Medicare durante el año de contrato.

CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA

Sala de emergencias

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

Copago de **\$0**

Cubierto si es menor de 21 años

Cubierto si es mayor de 21 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
Servicios que se necesitan con urgencia	Copago de \$0	
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.		
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES		
Mamografía de diagnóstico	Copago de \$0	Cubierto si es menor de 21 años Cubierto si es mayor de 21 años
Radiología de diagnóstico	Copago de \$0	Cubierto si es menor de 21 años Mayor de 21 años Copago de \$4 por consulta
Servicios de laboratorio	Copago de \$0	Cubierto si es menor de 21 años Mayor de 21 años Copago de \$4 por consulta
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	Copago de \$0	
Radiografías para pacientes ambulatorios	Copago de \$0	Cubierto si es menor de 21 años Mayor de 21 años Copago de \$4 por consulta
Radioterapia	Copago de \$0	Cubierto si es menor de 21 años Mayor de 21 años Copago de \$4 por consulta
SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN		
Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de \$0	Cubierto si es menor de 21 años Evaluaciones, audífonos y suministros Mayor de 21 años Solo evaluación

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
Servicios rutinarios para la audición	Dentro 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. 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 - Período 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	Copago de \$0	Cubierto si es menor de 21 años Limpiezas (dos veces al año), radiografías, empastes, coronas Mayor de 21 años Las extracciones necesarias por razones médicas están cubiertas Radiografías, limpiezas
--	----------------------	---

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
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 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".	Dentro de la red: DEN379 • Coseguro del 0% por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años. • Coseguro del 0% por evaluación oral integral o examen periodontal, ajuste oclusal, alisado por inflamación moderada, hasta 1 cada 3 años. • Coseguro del 0% por dentaduras postizas completas, recementado de coronas, radiografías panorámicas o de diagnóstico, dentaduras postizas parciales, hasta 1 cada 5 años. • Coseguro del 0% por coronas, hasta 1 por diente de por vida. • Coseguro del 0% por radiografías de mordida, radiografías intraorales, hasta 1 juego(s) por año. • Coseguro del 0% por ajustes en dentaduras postizas, rebasado de dentaduras postizas, revestimiento de dentaduras postizas, reparación de dentaduras postizas, examen de diagnóstico de emergencia, acondicionamiento de tejidos, hasta 1 por año. • Coseguro del 0% por tratamiento de emergencia para el dolor, tratamiento con flúor, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 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.)

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

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

- Coseguro del **0%** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.
- Coseguro del **0%** por empaste de amalgama y/o composite, anestesia necesaria con servicios cubiertos, extracciones simples o quirúrgicas, sin límite por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$2,000** por año para beneficios preventivos e integrales.

Fuera de la red:

DEN379

- Coseguro del **0%** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años.
- Coseguro del **0%** por evaluación oral integral o examen periodontal, ajuste oclusal, alisado por inflamación moderada, hasta 1 cada 3 años.
- Coseguro del **0%** por dentaduras postizas completas, recementado de coronas, radiografías panorámicas o de diagnóstico, dentaduras postizas parciales, hasta 1 cada 5 años.
- Coseguro del **0%** por coronas, hasta 1 por diente de por vida.
- Coseguro del **0%** por radiografías de mordida, radiografías intraorales, hasta 1 juego(s) por año.
- Coseguro del **0%** por ajustes en dentaduras postizas, rebasado de dentaduras

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

- postizas, revestimiento de dentaduras postizas, reparación de dentaduras postizas, examen de diagnóstico de emergencia, acondicionamiento de tejidos, hasta 1 por año.
- Coseguro del **0%** por tratamiento de emergencia para el dolor, tratamiento con flúor, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.
- Coseguro del **0%** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.
- Coseguro del **0%** por empaste de amalgama y/o composite, anestesia necesaria con servicios cubiertos, extracciones simples o quirúrgicas, sin límite por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$2,000** por año para beneficios preventivos e integrales.
- Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones de beneficios dentro de la red.

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
SERVICIOS PARA LA VISTA		
Servicios para la vista cubiertos por Medicare	Copago de \$0	Cubierto si es menor de 21 años
Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare	Copago de \$0	Mayor de 21 años Cubierto únicamente para enfermedades o lesiones en los ojos
Prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare	Copago de \$0	
Anteojos o lentes de contacto (posterior a cataratas) cubiertos por Medicare	Copago de \$0	
Servicios rutinarios para la vista	Dentro de la red: VIS751 - Copago de \$0 por examen rutinario, hasta 1 por año. - Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de \$75 por año para examen rutinario. - Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de \$100 por año para lentes de contacto o anteojos-lentes y monturas, ajustes para anteojos-lentes y monturas. - Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año. - La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año. Fuera de la red: VIS751 - Copago de \$0 por examen rutinario, hasta 1 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.)

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

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

\$75 por año para examen rutinario.

- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$100** por año para lentes de contacto o anteojos-lentes y monturas, ajustes para anteojos-lentes y monturas.
- Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año.
- La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año.
- Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las exclusiones, limitaciones o cantidades máximas del beneficio dentro de la red.

SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL

Paciente internado

Su plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico

Copago de **\$0**

Cubierto si es menor de 21 años

Mayor de 21 años
Copago de **\$10** por día hasta \$75
Copago de **\$3** por algunos servicios

Consultas de terapia individual y grupal como paciente ambulatorio

Copago de **\$0**

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

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

Copago de **\$0**

Medicaid cubre 90 días adicionales más allá del límite de 100 días de Medicare

TERAPIA FÍSICA

Copago de **\$0**

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



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO Y FUERA DE LA RED	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
AMBULANCIA		
Ambulancia	Copago de \$0	Cubierto si es menor de 21 años Solo en casos de emergencia Mayor de 21 años Cubierto únicamente para emergencias
TRANSPORTE		
	Copago de \$0 para localidades aprobadas por el plan, hasta 36 viajes sencillos por año. Este beneficio no debe exceder las 50 millas por viaje. El afiliado <i>debe</i> comunicarse con el proveedor de transporte para organizar el transporte.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid



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	Copago de \$0	
Otros medicamentos de la Parte B	Copago de \$0	
MEDICAMENTOS RECETADOS		
Medicamentos de la Parte D de Medicare	Consulte la siguiente tabla para obtener información del plan sobre la cobertura para medicamentos recetados	Cobertura ilimitada si es menor de 21 años Mayor de 21 años Copago de \$4 Por cada receta Copago de \$4 Límite de seis por mes Hasta 2 marcas

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.

Deducible Este plan no tiene deducible.

Según el nivel de Ayuda adicional que reciba, pagará una de las siguientes cantidades de costos compartidos cada vez que surta sus medicamentos.

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 por correo) alcancen **\$7,050**, usted no paga nada por ningún medicamento.



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)	Copago de \$0	
Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	Copago de \$0	
EQUIPO/SUMINISTROS MÉDICOS		
Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	Copago de \$0	Cubierto si es menor de 21 años Debe ser recetado por un proveedor médico y puede requerir autorización previa Mayor de 21 años Copago de \$4 por reclamación Debe ser recetado por un proveedor médico y puede requerir autorización previa
Suministros médicos	Copago de \$0	
Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)	Copago de \$0	Cubierto si es menor de 21 años Debe tener autorización previa Los aparatos ortopédicos están cubiertos Mayor de 21 años Cobertura limitada Debe tener autorización previa Los aparatos ortopédicos están cubiertos para individuales en el grupo adulto de expansión únicamente. (El grupo de expansión se define según 42 CFR 435.119) Vigente a partir del 1 de julio de 2021
Suministros para el control de la diabetes	Copago de \$0	Cubierto si es menor de 21 años Un glucómetro cubierto por año Mayor de 21 años Copago de \$4 por reclamación

**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

 Copago de **\$0**

 Cubierto si es menor de 21 años
Puede requerir autorización previa

 Mayor de 21 años
Copago de **\$4**
(Terapia física, terapia ocupacional
y terapia del habla)
No se requiere autorización previa,
15 por año por servicio en
consultas en el hospital como
paciente ambulatorio

Rehabilitación cardíaca

 Copago de **\$0**
Rehabilitación pulmonar

 Copago de **\$0**
SERVICIOS DE TELESALUD (además de Medicare Original)
**Proveedor de cuidado primario
(PCP, por sus siglas en inglés)**

 Copago de **\$0**
Especialista

 Copago de **\$0**
**Servicios de cuidado de
urgencia**

 Copago de **\$0**
**Servicios para la salud del
comportamiento o por
farmacodependencia**

 Copago de **\$0**

Servicios adicionales cubiertos por Medicaid

Los afiliados con doble elegibilidad que cumplen con los requisitos financieros para cobertura completa de Medicaid pueden también ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid que no estén cubiertos por Medicare. HumanaChoice SNP-DE H5216-228 (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 Oklahoma Health Care Authority (la Autoridad del cuidado de la salud de Oklahoma) (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 para Medicaid y los beneficios que le corresponden, llame al the Oklahoma Health Care Authority (la Autoridad del cuidado de la salud de Oklahoma) (Medicaid): 1-800-987-7767 (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	
Anteojos	Consulte el beneficio para la "Vista" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	
Audífonos	Consulte el beneficio para la "Audición" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	
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	Cubierto si es menor de 21 años Cubierto si es mayor de 21 años
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	
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	Cubierto si es menor de 21 años con autorización previa
Servicios de un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales	No hay cobertura	
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	

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficios de medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	Consulte los "beneficios de medicamentos de venta sin receta (OTC)" en la página "Más beneficios de su plan" más adelante en este documento	
Servicios dentales rutinarios y preventivos	Consulte "Servicios dentales rutinarios" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	Mayor de 21 años Las extracciones necesarias por razones médicas están cubiertas Radiografías, limpiezas
Servicios dentales básicos	Consulte "Servicios dentales rutinarios" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	Mayor de 21 años Exámenes, flúor, empastes
Servicios dentales mayores	Consulte "Servicios dentales rutinarios" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	Mayor de 21 años Dentaduras postizas y dentaduras postizas parciales
Servicios dentales de restauración	Consulte "Servicios dentales rutinarios" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	Cubierto si es mayor de 21 años
Servicios residenciales para el trastorno por uso de sustancias	No hay cobertura	Cubierto si es menor de 21 años Cubierto si es mayor de 21 años
Servicios de tratamiento asistido con fármacos (MAT, por sus siglas en inglés)	No hay cobertura	Cubierto si es menor de 21 años Cubierto si es mayor de 21 años

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 servicios y elegibilidad de exención, comuníquese con the Oklahoma Health Care Authority (la Autoridad del cuidado de la salud de Oklahoma) (Medicaid) llamando al 1-800-662-7030 (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.
- (f) Indios americanos y nativos de Alaska que alguna vez hayan recibido un servicio del servicio de salud indígena, programas de salud tribales o de referido de servicios de salud contratado.
- (g) Personas que reciben cuidado de hospicio.
- (h) Las mujeres que están inscritas en Medicaid con el Programa de tratamiento de cáncer de mama y cervical están exentas de gastos de desembolso personal alternativos únicamente.

Servicios exentos de gastos de desembolso personal

- Servicios en casos de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Servicios relacionados con el embarazo, incluidos servicios para dejar de fumar (los estados pueden optar por eximir todos los servicios prestados a mujeres embarazadas)
- Servicios preventivos para niños

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 la Oklahoma Health Care Authority (Autoridad de cuidado de la salud de Oklahoma) (Medicaid), visite el sitio web de the Oklahoma Health Care Authority (la Autoridad del cuidado de la salud de Oklahoma) (Medicaid) en <http://www.okhca.org/> o llame a la línea directa de la Oklahoma Health Care Authority (Autoridad de cuidado de la salud de Oklahoma) (Medicaid) al 1-800-987-7767.



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 **\$50** por mes para gastar en comercios minoristas participantes en la compra de alimentos saludables.

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.

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

Humana Flexible Care Assistance está disponible para afiliados con enfermedades crónicas que participan con servicios de coordinación del cuidado de la salud y cumplen con los criterios del programa. Los afiliados elegibles pueden recibir asistencia con gastos médicos, beneficios adicionales relacionados principalmente con la salud y no relacionados principalmente con la salud, para abordar necesidades específicas basadas en las situaciones particulares de la persona. Los beneficios tienen un límite de hasta **\$500** por año y deben ser coordinados y autorizados por un administrador de cuidado. La participación es gratuita.

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.

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 o insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) 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.

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

Cantidad máxima de cobertura del beneficio de tarjeta para productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) de **\$100** por mes para comprar productos para la salud y el bienestar de venta sin receta elegibles en tiendas minoristas participantes.

Sistema personal de respuesta para casos de emergencia

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

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 **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.

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.

[illegible]

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

¡Importante!

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

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

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

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

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

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

فارسی (Farsi)

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

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

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

HumanaChoice SNP-DE H5216-228
(PPO D-SNP)
H5216228000 SPA
Determinados condados en Oklahoma

