

# Resumen de beneficios

---

## **Humana Gold Plus SNP-DE H5619-082 (HMO D-SNP)**

South Carolina

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en South Carolina:  
Abbeville, Aiken, Allendale, Anderson, Bamberg, Barnwell, Beaufort, Berkeley, Calhoun,  
Charleston, Cherokee, Chester, Chesterfield, Clarendon, Colleton, Darlington, Dillon,  
Dorchester, Edgefield, Fairfield, Florence, Georgetown, Greenville, Greenwood, Hampton,  
Horry, Jasper, Kershaw, Lancaster, Laurens, Lee, Lexington, Marion, Marlboro,  
McCormick, Newberry, Oconee, Orangeburg, Pickens, Richland, Saluda, Spartanburg,  
Sumter, Union, Williamsburg, York.

**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

- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- Los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores) no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia o urgencia.
- Este plan es un plan que cubre a personas con necesidades especiales y que tienen doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid. Este plan puede inscribir a personas con doble elegibilidad que sean QMB, QMB Plus y FBDE.

# Resumen de beneficios

---

## **Humana Gold Plus SNP-DE H5619-082 (HMO D-SNP)**

South Carolina

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en South Carolina: Abbeville, Aiken, Allendale, Anderson, Bamberg, Barnwell, Beaufort, Berkeley, Calhoun, Charleston, Cherokee, Chester, Chesterfield, Clarendon, Colleton, Darlington, Dillon, Dorchester, Edgefield, Fairfield, Florence, Georgetown, Greenville, Greenwood, Hampton, Horry, Jasper, Kershaw, Lancaster, Laurens, Lee, Lexington, Marion, Marlboro, McCormick, Newberry, Oconee, Orangeburg, Pickens, Richland, Saluda, Spartanburg, Sumter, Union, Williamsburg, York.

**Humana**<sup>®</sup>





# Hablemos sobre Humana Gold Plus SNP-DE H5619-082 (HMO D-SNP)

Obtenga más información sobre el plan Humana Gold Plus SNP-DE H5619-082 (HMO D-SNP), incluidos los servicios de salud y de medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-082 (HMO D-SNP) es un plan de Cuidado coordinado con un contrato con Medicare y un contrato con the South Carolina Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina) (Medicaid). La inscripción en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

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

Como afiliado debe seleccionar a un médico dentro de la red para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Humana Gold Plus SNP-DE H5619-082 (HMO D-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios. 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 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-082 (HMO 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 South Carolina Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina) (Medicaid). Si usted recibe tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid, esto significa que usted tiene doble elegibilidad.

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-082 (HMO D-SNP) puede inscribir a personas con doble elegibilidad que sean QMB, QMB Plus y FBDE.

## Nombre del plan:

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-082 (HMO D-SNP)

## Más información sobre Humana Gold Plus SNP-DE H5619-082 (HMO 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 ayudarlo 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 South Carolina Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina) (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 South Carolina Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina) (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 South Carolina Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina) (Medicaid), visite el sitio web de Medicaid de South Carolina en **<http://www.scdhhs.gov/>** o llame a la línea directa de Medicaid al 1-888-549-0820 (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

<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b> 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 South Carolina.
<b>Deducible médico</b>	Este plan no tiene deducible.
<b>Deducible de farmacia (Parte D)</b>	Este plan no tiene deducible.
<b>Responsabilidad máxima de desembolso personal</b>	Este plan no tiene una responsabilidad máxima de desembolso personal.



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Para afiliados protegidos contra el pago de costos compartidos por el Programa the South Carolina Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina) (Medicaid), Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare original. Es posible que usted deba pagar un pequeño copago de Medicaid.

	<b>LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA</b>	<b>LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID</b>
<b>CUIDADO HOSPITALARIO A PACIENTES INTERNADOS CON AFECCIONES AGUDAS</b>		
	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$25</b> para pacientes internados**
<b>COBERTURA HOSPITALARIA AMBULATORIA</b>		
<b>Cirugía ambulatoria en un hospital ambulatorio</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$3.40**</b>
<b>Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$3.30**</b>
<b>CONSULTAS MÉDICAS</b>		
<b>Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$3.30**</b>
<b>Especialistas</b>	Copago de <b>\$0</b>	
<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> </ul>	

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



## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

## LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

- 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
- 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

*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.)

H5619082000

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

- 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.

### LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

#### CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA

##### Sala de emergencias

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

Copago de **\$0**

Copago de **\$3.40\*\***

##### Servicios que se necesitan con urgencia

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

Copago de **\$0**

Copago de **\$3.40\*\***

#### SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES

##### Mamografía de diagnóstico

Copago de **\$0**

##### Radiología de diagnóstico

Copago de **\$0**

##### Servicios de laboratorio

Copago de **\$0**

##### Procedimientos y pruebas de diagnóstico

Copago de **\$0**

##### Radiografías para pacientes ambulatorios

Copago de **\$0**

##### Radioterapia

Copago de **\$0**

#### SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN

##### Servicios para la audición cubiertos por Medicare

Copago de **\$0**

Cubiertos solo para las personas menores de 21 años de edad

- Deben ser ordenados por un médico

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.



	<b>LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA</b>	<b>LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID</b>
<p><b>Servicios rutinarios para la audición</b></p>	<p>Dentro de la red: <b>HER945</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$0</b> por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 al año.</li> <li>Copago de <b>\$0</b> por cada audífono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído cada 3 años.</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>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

<p><b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b></p>	<p>Copago de <b>\$0</b></p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen exámenes, limpiezas, tratamientos con flúor, restauraciones, selladores, radiografías y extracciones</p>
<p><b>Servicios dentales rutinarios</b></p> <p>Los beneficios dentales pueden no cubrir todos los códigos de procedimiento de American Dental Association. La información sobre cada plan está disponible en <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</p>	<p>Dentro de la red: <b>DEN194</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$0</b> por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años.</li> <li>Copago de <b>\$0</b> por examen oral o evaluación oral integral, examen periodontal, hasta 1 cada 3 años.</li> <li>Copago de <b>\$0</b> por dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales, hasta 1 juego(s) cada 5 años.</li> <li>Copago de <b>\$0</b> por radiografía panorámica o radiografías de</li> </ul>	<p>Los servicios cubiertos incluyen exámenes, limpiezas, tratamientos con flúor, restauraciones, selladores, radiografías y extracciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de \$750 por servicios preventivos</li> <li>Los servicios de ortodoncia para los niños hasta 21 años de edad con problemas de alineación graves y cirugías orales complejas requieren aprobación previa.</li> <li>Copago de <b>\$3.40</b></li> </ul>

*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.*



	<b>LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA</b>	<b>LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID</b>
menú desplegable Tipo de búsqueda, seleccione "Planes dentales" > bajo Tipo de cobertura, seleccione "Todas las redes dentales" > ingrese el código postal > en el menú desplegable de Red, seleccione "HumanaDental Medicare".	<p>diagnóstico, recementado, hasta 1 cada 5 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de <b>\$0</b> por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.</li> <li>• Copago de <b>\$0</b> por ajuste de dentaduras postizas, revestimiento de dentaduras postizas, radiografías intraorales, conducto radicular, hasta 1 por año.</li> <li>• Copago de <b>\$0</b> por empaste de amalgama y/o composite, corona, tratamiento de emergencia para el dolor, cirugía oral, examen oral periódico y/o examen diagnóstico de emergencia, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.</li> <li>• Copago de <b>\$0</b> por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.</li> <li>• Copago de <b>\$0</b> por anestesia necesaria con servicios cubiertos, extracción simple o quirúrgica, sin límite por año.</li> <li>• Cantidad máxima de cobertura de beneficios de <b>\$4000</b> por año para beneficios preventivos e integrales.</li> </ul>	

## SERVICIOS PARA LA VISTA

<b>Servicios para la vista cubiertos por Medicare</b>	Copago de <b>\$0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de <b>\$3.30</b> por consulta con el oftalmólogo u optometrista. Los exámenes y las consultas se toman en cuenta para calcular el límite de 24 consultas**</li> </ul>
<b>Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare</b>	Copago de <b>\$0</b>	
<b>Prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare</b>	Copago de <b>\$0</b>	
<b>Anteojos o lentes de contacto (posterior a cataratas) cubiertos por Medicare</b>	Copago de <b>\$0</b>	

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.)

H5619082000

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
<p><b>Servicios rutinarios para la vista</b></p> <p>La refracción se cubre únicamente cuando se factura como parte del examen de la vista rutinario.</p> <p>Para servicios rutinarios para la vista, puede encontrar el localizador de proveedores en <a href="http://espanol.humana.com">espanol.humana.com</a> &gt; "Encontrar un médico" &gt; seleccione el icono de servicios para la vista &gt; "Cobertura de la vista a través de los planes Medicare Advantage".</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p><b>VIS787</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de <b>\$0</b> por examen rutinario, hasta 1 por año.</li> <li>• Cantidad máxima de cobertura de beneficios de <b>\$500</b> por año para lentes de contacto o anteojos: lentes y monturas, ajustes para anteojos: lentes y monturas.</li> <li>• Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año.</li> <li>• La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año.</li> </ul>	
<b>SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL</b>		
<p><b>Paciente internado</b></p> <p>Su plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p>	<p>Copago de <b>\$0</b></p>	
<p><b>Consultas de terapia individual y grupal como paciente ambulatorio</b></p>	<p>Copago de <b>\$0</b></p>	
<b>CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)</b>		
<p>Su plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>Copago de <b>\$0</b></p>	
<b>TERAPIA FÍSICA</b>		
	<p>Copago de <b>\$0</b></p>	
<b>AMBULANCIA</b>		
<p><b>Ambulancia</b></p>	<p>Copago de <b>\$0</b></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.)

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

### LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

#### TRANSPORTE

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

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



## Beneficios de medicamentos recetados

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

### 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**

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

## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

## LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

### MEDICAMENTOS RECETADOS

#### Medicamentos de la Parte D de Medicare

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

Copago de **\$3.40** por los medicamentos recetados cubiertos por Medicaid que no están cubiertos por Medicare\*\*

- Límite de 6 medicamentos recetados por mes para beneficiarios que no tienen Medicare y aquellos que son mayores de 21 años de edad que no tienen enfermedades que ponen en riesgo su vida

Medicaid puede cubrir algunos medicamentos que no están cubiertos por la Parte D. Contacte a su agencia the South Carolina Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina) (Medicaid) si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos.

**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. Siempre pagará **\$0** por medicamentos del Nivel 1 en este plan en una farmacia minorista con costos compartidos preferidos o una farmacia de pedido por correo con costos compartidos preferidos.

### Opciones de farmacias

<b>Costos compartidos preferidos</b>	<b>Pedido por correo:</b> Humana Pharmacy® <b>Minorista:</b> para buscar las farmacias minoristas con costos compartidos preferidos cerca de su domicilio, vaya a <a href="http://Humana.com/pharmacyfinder">Humana.com/pharmacyfinder</a>	
<b>Costos compartidos estándares</b>	<b>Pedido por correo:</b> Walmart Mail <b>Minorista:</b> todas las demás farmacias minoristas de la red	
<b>Medicamentos genéricos</b>  (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos):	<b>Suministro de 30 días</b>	<b>Suministro de 90 días</b>
	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

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	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
<b>Cuidado de los pies cubierto por Medicare (podología)</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$1.15**</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>No está cubierto a menos que su Médico de cuidado primario realice el servicio</li> </ul>
<b>Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$1.15**</b>
<b>EQUIPO/SUMINISTROS MÉDICOS</b>		
<b>Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$3.40**</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>El Equipo médico duradero que se encuentre bajo un plan de pago de alquiler con opción a compra tendrá un copago de \$3.40 dividido en partes iguales entre el cronograma de pagos de alquiler de 10 meses</li> </ul>
<b>Suministros médicos</b>	Copago de <b>\$0</b>	
<b>Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)</b>	Copago de <b>\$0</b>	
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	Copago de <b>\$0</b>	
<b>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN</b>		
<b>Terapia ocupacional y del habla</b>	Copago de <b>\$0</b>	
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Copago de <b>\$0</b>	
<b>Rehabilitación pulmonar</b>	Copago de <b>\$0</b>	
<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>	
<b>Especialista</b>	Copago de <b>\$0</b>	
<b>Servicios de cuidado de urgencia</b>	Copago de <b>\$0</b>	

**LO QUE USTED PAGA EN ESTE  
PLAN DE HUMANA**
**LÍMITES Y COPAGOS  
HABITUALES DE MEDICAID**
**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. Humana Gold Plus SNP-DE H5619-082 (HMO 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 South Carolina Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina) (Medicaid) y lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Si tiene alguna pregunta acerca de su elegibilidad de Medicaid y los beneficios que le corresponden, llame al the South Carolina Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina) (Medicaid): 1-888-549-0820 (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

No hay cobertura

**Anteojos**

Consulte el beneficio para la "Vista" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba

Copago de **\$2** por par de anteojos y suministros\*\*  
 Copago de **\$2** por reparaciones superiores a \$5.00\*\*

- Todas las ayudas visuales requieren aprobación previa
- Cubre anteojos y monturas plásticas o de una combinación de plástico y metal
- Cubre lentes de contacto en circunstancias especiales
- Las reparaciones superiores a \$5 están cubiertas, requieren aprobación previa.
- Cobertura disponible solo para personas menores de 21 años de edad

<b>Audífonos</b>	Consulte el beneficio para la "Audición" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	<p>Copago de <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubre audífonos monoaurales y binaurales convencionales una vez cada 4 años</li> <li>• Cubre suministros y baterías en relación con audífonos</li> <li>• Todos los servicios a excepción de las baterías requieren aprobación previa</li> <li>• Cobertura disponible solo para personas menores de 21 años de edad</li> </ul>
<b>TRANSPORTE</b>		
<b>Servicios de transporte médico que no es de emergencia</b>	Consulte el beneficio de "Transporte" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	<p>Copago de <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deben ser necesarios por razones médicas para una persona elegible que no tenga otro medio de transporte</li> </ul>
<b>SERVICIOS DE CUIDADO A LARGO PLAZO PARA PACIENTES INTERNADOS</b>		
<b>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</b>	No hay cobertura	<p>Copago de <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay cobertura para pacientes de 65 años de edad y mayores o de 21 años de edad y menores</li> <li>• Un beneficiario que cumpla 21 años como paciente internado estará cubierto hasta los 22 años de edad</li> </ul>
<b>Servicios psiquiátricos para pacientes internados menores de 21 años de edad</b>	Consulte el beneficio de "Salud mental" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	<p>Copago de <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay cobertura para pacientes de 21 años de edad y menores</li> </ul>
<b>Servicios de un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales</b>	No hay cobertura	<p>Copago de <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay cobertura para pacientes de 65 años de edad y mayores o de 21 años de edad y menores</li> <li>• Un beneficiario que cumpla 21 años como paciente internado estará cubierto hasta los 22 años de edad</li> </ul>
<b>Servicios en un centro de enfermería distintos a los realizados en una institución para enfermedades mentales</b>	Consulte el beneficio de "Enfermería especializada" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	<p>Copago de <b>\$0</b></p>

---

## SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD

Los afiliados con doble elegibilidad, que cumplen con los requisitos financieros para la cobertura completa de Medicaid, también pueden ser elegibles para recibir los servicios de exención. Los servicios de exención están limitados a individuos que cumplen con los requisitos adicionales de elegibilidad para la exención. Para obtener información sobre elegibilidad y servicios de exención, contacte a the South Carolina Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina) (Medicaid) al 1-888-549-0820 (TTY: 711).

---

\*\*Exenciones. Los beneficiarios que se encuentran en las siguientes categorías no están obligados a pagar un copago o coseguro:

- (a) Personas menores de 21 años de edad.
- (b) Mujeres embarazadas: para servicios relacionados con el embarazo, incluidos los servicios por afecciones médicas que puedan complicar el embarazo. Esta exención incluye el período de seis semanas posteriores al final del embarazo.
- (c) Personas que reciban servicios en un entorno hospitalario como pacientes internados, un centro de cuidado a largo plazo u otra institución médica si, como condición para recibir servicios en la institución, la persona tiene que gastar todos sus ingresos en costos de cuidado médico, con la excepción de la cantidad mínima requerida para las necesidades personales.
- (d) Personas que requieran servicios en casos de emergencia luego de la aparición repentina de una afección médica que, si no se trata, pondría en grave peligro su salud.
- (e) Personas que reciban servicios o suministros relacionados con la planificación familiar.

La tabla anterior de Servicios adicionales cubiertos por Medicaid refleja los servicios disponibles en base a un cargo por servicio para las personas con doble elegibilidad que reúnan los requisitos de elegibilidad para recibir los beneficios completos de Medicaid.

La información de Medicaid incluida en esta sección tiene vigencia a partir del 1 de julio de 2020. Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambios en cualquier momento. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de South Carolina, visite el sitio web de the South Carolina Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina) (Medicaid) en <http://www.scdhhs.gov/> o llame a la línea directa de Medicaid al 1-888-549-0820 (TTY: 711).



# Más beneficios de su plan

Disfrute de algunos de estos beneficios adicionales que incluye su plan.

## **Pruebas y tratamiento para COVID-19**

Copago de **\$0** por servicios de pruebas y tratamiento para COVID-19.

## **Tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods**

Se cargan automáticamente **\$75** por mes para gastar en comercios minoristas participantes en la compra de alimentos saludables aprobados.

## **Servicios quiroprácticos**

Servicios quiroprácticos rutinarios:  
Copago de **\$0** por consulta por hasta 12 consultas.

## **Programa para dejar de fumar**

Para ayudarle en su esfuerzo por dejar de fumar o de usar productos de tabaco, cubrimos un asesoramiento adicional con el intento de dejar de fumar o de usar productos de tabaco en un período de 12 meses como un servicio sin costo para usted. Esto se añade a los dos intentos con asesoramiento provistos por Medicare e incluye hasta cuatro consultas personales. Este servicio se puede usar para medidas preventivas o para diagnóstico con una enfermedad relacionada con el tabaco.

## **Cuidado rutinario de los pies**

Copago de **\$0** por consulta por hasta 6 consultas.

## **Programa de comidas Well Dine® de Humana**

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

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

Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$200** por trimestre (3 meses) para ciertos productos de venta sin receta para la salud y el bienestar.

## **Sistema personal de respuesta para casos de emergencia**

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

## **Recompensas e incentivos**

Go365 by Humana®, un programa de recompensas e incentivos por completar ciertos exámenes de salud preventivos y actividades de salud y bienestar.

## **Pelucas (relacionadas con el tratamiento de quimioterapia)**

Hasta un beneficio máximo de **\$500** 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.

# ¡Importante!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**فارسی (Farsi)**

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

**Diné Bizaad (Navajo):** Wóda'í béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánida'áwo'déé' níká'adoowa'.

**العربية (Arabic)**

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك



Humana Gold Plus SNP-DE H5619-082  
(HMO D-SNP)

H5619082000 SPA

South Carolina

