

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus SNP-DE H6622-018 (HMO D-SNP)

Norte de Kentucky
Área del norte de Kentucky

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Kentucky: Boone, Campbell, Grant, Kenton, Pendleton.

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.
- ☐ 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, SLMB Plus y FBDE.

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus SNP-DE H6622-018 (HMO D-SNP)

Norte de Kentucky
Área del norte de Kentucky

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Kentucky: Boone, Campbell, Grant, Kenton, Pendleton.

Humana®



Hablemos sobre Humana Gold Plus SNP-DE H6622-018 (HMO D-SNP)

Obtenga más información sobre el plan Humana Gold Plus SNP-DE H6622-018 (HMO D-SNP), incluidos los servicios de salud y de medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

Humana Gold Plus SNP-DE H6622-018 (HMO D-SNP) es un plan de Cuidado coordinado con un contrato con Medicare y un contrato con the Kentucky Department of Medicaid Services (el Departamento para los Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky. 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 H6622-018 (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 H6622-018 (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 Kentucky Department of Medicaid Services (el Departamento para los Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky. Si usted recibe tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid, esto significa que usted tiene doble elegibilidad.

Humana Gold Plus SNP-DE H6622-018 (HMO D-SNP) puede inscribir a personas con doble elegibilidad que sean QMB, QMB Plus, SLMB Plus y FBDE.

Nombre del plan:

Humana Gold Plus SNP-DE H6622-018 (HMO D-SNP)

Más información sobre Humana Gold Plus SNP-DE H6622-018 (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 Kentucky Department of Medicaid Services (el Departamento para los Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky 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 Kentucky Department of Medicaid Services (el Departamento para los Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky para los Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky 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 Kentucky Department of Medicaid Services (el Departamento para los Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky, visite el sitio web de Medicaid de Kentucky en **<http://chfs.ky.gov/agencies/dms/>** o llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-635-2570 (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 Kentucky.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	\$0 si usted es elegible para Ayuda adicional
Responsabilidad máxima de desembolso personal	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 Kentucky Department of Medicaid Services (el Departamento para los Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare original. Para afiliados con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare se haya agotado. Es posible que usted deba pagar un pequeño copago de Medicaid.

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
CUIDADO HOSPITALARIO A PACIENTES INTERNADOS CON AFECCIONES AGUDAS		
	Copago de \$0	Copago de \$0
COBERTURA HOSPITALARIA AMBULATORIA		
Cirugía ambulatoria en un hospital ambulatorio	Copago de \$0	Copago de \$0
Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$0	Copago de \$0
CONSULTAS MÉDICAS		
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	Copago de \$0	Copago de \$0
Especialistas	Copago de \$0	Copago de \$0
CUIDADO PREVENTIVO		
	Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo cuando usted consulta a un proveedor dentro de la red, que incluyen: • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal	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

LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID

- 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
- 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

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

- 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.

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 **\$0**

Copago de **\$1** por consulta que se impondrá si la afección no es una emergencia*

Servicios que se necesitan con urgencia

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

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES

Mamografía de diagnóstico

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Radiología de diagnóstico

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Servicios de laboratorio

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Procedimientos y pruebas de diagnóstico

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Radiografías para pacientes ambulatorios

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Radioterapia

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN

Servicios para la audición cubiertos por Medicare

Copago de **\$0**

Copago de **\$0** a menos que se indique lo contrario

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
Servicios rutinarios para la audición	Dentro de la red: HER945 - Copago de \$0 por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 al 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).	Incluidos, entre otros: Asesoramiento para audífonos o aparatos; adaptación; orientación; y reparación, modificación y control del audífono o aparato. No pueden excederse los \$800 por oído cada 36 meses. Servicios de audiometría infantil para menores de 21 años que incluyen, entre otros: Evaluación completa de la audición y evaluación del audífono Una (1) consulta con el audiólogo por año calendario. Sin cobertura para adultos de 21 años de edad y mayores: Servicios de audiometría para audífonos.

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

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**

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:
DEN176

- Copago de **\$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años.
- Copago de **\$0** por evaluación oral integral o examen periodontal, hasta 1 cada 3 años.
- Copago de **\$0** por dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales, hasta 1 juego(s) cada 5 años.
- Copago de **\$0** por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, recementado, hasta 1 cada 5 años.
- Copago de **\$0** por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.
- Copago de **\$0** por ajustes de dentaduras postizas, revestimiento de dentadura postiza, radiografías intraorales, conducto radicular, hasta 1 por año.
- Copago de **\$0** por empaste de amalgama y/o composite, corona, tratamiento de emergencia para el dolor, tratamiento con flúor, cirugía oral, examen oral periódico y/o examen diagnóstico de emergencia, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.
- Copago de **\$0** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.

Los servicios incluyen, entre otros, exámenes, limpiezas, radiografías, empastes, extracciones, cirugía oral y tratamientos dentales de emergencia

Copago de **\$0** por consulta* - **Servicios dentales para niños menores de 21 años**

Excepto que el proveedor demuestre que los servicios dentales excedentes de los siguientes límites son necesarios por razones médicas, los límites son estos:

- 1 examen oral por período de 12 meses, por proveedor
 - 2 limpiezas por período de 12 meses
 - 1 conjunto de radiografías por período de 12 meses
- Otros servicios dentales están disponibles

Copago de **\$0** por consulta* - **Servicios dentales para adultos de 21 años de edad y mayores**

- 1 consulta dental por mes por proveedor
 - 1 examen oral por período de 12 meses
 - 1 limpieza por período de 12 meses
 - 1 conjunto de radiografías por período de 12 meses
- Extracciones y empastes si son necesarios por razones médicas

Sin cobertura:

Dentaduras postizas para adultos
Aparatos para dientes, dentaduras postizas, parciales y puentes para

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
SERVICIOS DENTALES (continuación)		
	- Copago de \$0 por anestesia necesaria con servicios cubiertos, extracción simple o quirúrgica, sin límite por año. - Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$2000 por año para beneficios preventivos e integrales.	adultos de 21 años de edad y mayores
SERVICIOS PARA LA VISTA		
Servicios para la vista cubiertos por Medicare	Copago de \$0	Niños menores de 21 años Los servicios cubiertos incluyen exámenes y lentes recetados. Copago de \$0 por consulta – Anteos 1 par por año y un par adicional si el par original se pierde o rompe, o si cambia la receta 1 examen por año calendario
Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare	Copago de \$0	
Prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare	Copago de \$0	
Anteos o lentes de contacto (posterior a cataratas) cubiertos por Medicare	Copago de \$0	
Servicios rutinarios para la vista La refracción se cubre únicamente cuando se factura como parte del examen de la vista rutinario. Para servicios rutinarios para la vista, puede encontrar el localizador de proveedores en espanol.humana.com > "Encontrar un médico" > seleccione el icono de servicios para la vista > "Cobertura de la vista a través de los planes Medicare Advantage".	Dentro de la red: VIS733 - Copago de \$0 por examen rutinario, hasta 1 por año. - Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$300 por año para lentes de contacto o anteos-lentes y monturas, ajustes para anteos-lentes y monturas. - Las opciones de lentes para anteos 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.	Servicios para la vista para adultos de 21 años de edad y mayores Los servicios cubiertos incluyen: \$0 por consulta* 1 examen de la vista por año calendario

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
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	Copago de \$0 por admisión, por los servicios cubiertos por Medicaid
Consultas de terapia individual y grupal como paciente ambulatorio	Copago de \$0	Salud mental: Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid Farmacodependencia: Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid
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	Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid Los servicios en centros están cubiertos solo para personas con discapacidades intelectuales o servicios de discapacidad del desarrollo para los afiliados tanto médica como categóricamente necesarios.
TERAPIA FÍSICA		
	Copago de \$0	Copago de \$0 por consulta en un centro aprobado*
AMBULANCIA		
Ambulancia	Copago de \$0	Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid
TRANSPORTE		
	Copago de \$0 para lugares aprobados por el plan, hasta 100 viajes sencillos por año. Este beneficio no debe exceder las 50 millas por viaje. El afiliado debe comunicarse con el proveedor de transporte para organizar el transporte.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid: transporte que no sea de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés)

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



Beneficios de medicamentos recetados

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE		
Medicamentos para quimioterapia	Copago de \$0	Para afiliados exentos de costos compartidos por el Programa Medicaid estatal, Medicaid paga el coseguro, los copagos y deducibles de los medicamentos de la Parte B de Medicare.
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	En el caso de medicamentos cubiertos por Medicaid, se aplican los siguientes copagos**: Copago de \$1 por medicamentos genéricos Copago de \$1 por medicamentos de marca preferidos Medicaid puede cubrir algunos medicamentos que no están cubiertos por la Parte D. Contacte a su agencia the Kentucky Department of Medicaid Services (el Departamento para los Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos.

Beneficio de ahorros en los medicamentos recetados Copago de **\$0** para todos los medicamentos recetados cubiertos por Medicare para todos los formularios, en todos los niveles. El beneficio comienza en la etapa del deducible (cuando corresponda) y continúa hasta la etapa de cobertura inicial, únicamente. Cuando sus costos totales de medicamentos han llegado a **\$4,430**, usted paga los costos compartidos en la tabla a continuación. Para ser elegibles, los afiliados deben ser elegibles para recibir Ayuda adicional.

Deducible \$0 si usted es elegible para Ayuda adicional.

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

Opciones de farmacias

Costos compartidos preferidos	Pedido por correo: Humana Pharmacy® Minorista: para buscar las farmacias minoristas con costos compartidos preferidos cerca de su domicilio, vaya a Humana.com/pharmacyfinder	
Costos compartidos estándares	Pedido por correo: Walmart Mail Minorista: todas las demás farmacias minoristas de la red	
Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos):	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
	Un copago de \$0 ; o Un copago de \$1.35 ; o Un copago de \$3.95 ; o el 15% del costo	Un copago de \$0 ; o Un copago de \$1.35 ; o Un copago de \$3.95 ; o el 15% del costo
Todos los demás medicamentos:	Un copago de \$0 ; o Un copago de \$4 ; o Un copago de \$9.85 ; o el 15% del costo	Un copago de \$0 ; o Un copago de \$4 ; o Un copago de \$9.85 ; o el 15% del costo

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

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

Los costos compartidos pueden variar según la farmacia que elija, cuándo ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D y si es elegible para obtener "Ayuda adicional". Para determinar si es elegible para obtener "Ayuda adicional", contacte a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Para más información sobre los costos compartidos adicionales específicamente para servicios de farmacia y las fases del beneficio, llámenos o consulte su "Evidencia de cobertura" en línea.

Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero tal vez deba pagar más que lo que pagaría en una farmacia dentro de la red.

Días de suministro disponibles

A menos que se especifique lo contrario, puede recibir sus medicamentos de la Parte D en las siguientes cantidades de suministros por días:

- Suministro de un mes (hasta 30 días)*
- Suministro de dos meses (de 31 a 60 días)
- Suministro de tres meses (de 61 a 90 días)

*Farmacia de cuidado a largo plazo (suministro de un mes = 31 días)

Cobertura catastrófica

Después de que sus costos anuales de desembolso personal por medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y 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
Cuidado de los pies cubierto por Medicare (podología)	Copago de \$0	Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid*
Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	Copago de \$0	Copago de \$0 por consulta por los servicios cubiertos por Medicaid* • 26 consultas por período de 12 meses; para más consultas se requiere autorización previa

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA		LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
EQUIPO/SUMINISTROS MÉDICOS		
Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	Copago de \$0	Copago de \$0 por día de servicio* Equipo médico duradero: - Incluidos, entre otros, artículos como suministros médicos para la diabetes (lancetas, tiras para medir la glucosa), nebulizadores, bombas de infusión, sillas de ruedas y camas de hospital. Sin cobertura: - El equipo y los dispositivos que suelen utilizarse principalmente con fines no médicos no están cubiertos - Dichos artículos incluyen lo siguiente: elementos de comodidad o practicidad, equipo de ejercicio físico y alarmas y sistemas de seguridad
Suministros médicos	Copago de \$0	Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid*
Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)	Copago de \$0	Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid* Prótesis: Incluidos, entre otros, artículos como aparatos ortopédicos para piernas, brazos y cuello, zapatos para diabéticos y personalizados, extremidades artificiales, prótesis de mama y prótesis oculares.
Suministros para el control de la diabetes	Copago de \$0	Copago de \$0 por fecha de servicio – Suministros y servicios para la diabetes*

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA	LÍMITES Y COPAGOS HABITUALES DE MEDICAID
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN		
Terapia ocupacional y del habla	Copago de \$0	Copago de \$0 por consulta en un centro aprobado –Terapia ocupacional* Copago de \$0 por consulta en un centro aprobado – Terapia del habla*
Rehabilitación cardíaca	Copago de \$0	Copago de \$0 por consulta en un centro aprobado*
Rehabilitación pulmonar	Copago de \$0	Copago de \$0 por consulta en un centro aprobado*
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 la 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 H6622-018 (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 Kentucky Department of Medicaid Services (el Departamento para los Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky 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 Kentucky Department of Medicaid Services (el Departamento para los Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky: 1-800-635-2570 (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	Adultos de 21 años de edad y mayores: no hay cobertura

Anteojos	Consulte el beneficio para la "Vista" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	Adultos de 21 años de edad y mayores: no hay cobertura
Audífonos	Consulte el beneficio para la "Audición" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	Adultos de 21 años de edad y mayores: no hay cobertura
TRANSPORTE		
Servicios de transporte médico que no es de emergencia	Consulte el beneficio de "Transporte" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	Copago de \$0 Transporte ilimitado solo a servicios médicos aprobados por Medicaid de KY
SERVICIOS DE CUIDADO A LARGO PLAZO PARA PACIENTES INTERNADOS		
Servicios para pacientes internados en hospitales, centros de enfermería y centros de cuidado intermedio en instituciones para enfermedades mentales (IMD, por sus siglas en inglés), para personas de 65 años de edad y mayores	No hay cobertura	Copago de \$0 durante los días cubiertos por Medicare. Los costos compartidos para los días solo de Medicaid se basan en las normas de tratamiento de ingresos de post-elegibilidad.
Servicios psiquiátricos para pacientes internados menores de 21 años de edad	Consulte el beneficio de "Salud mental" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	Copago de \$0 durante los días cubiertos por Medicare. Los costos compartidos para los días solo de Medicaid se basan en las normas de tratamiento de ingresos de post-elegibilidad.
Servicios de un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales	No hay cobertura	Copago de \$0 durante los días cubiertos por Medicare. Los costos compartidos para los días solo de Medicaid se basan en las normas de tratamiento de ingresos de post-elegibilidad.
Servicios en un centro de enfermería distintos a los realizados en una institución para enfermedades mentales	Consulte el beneficio de "Enfermería especializada" en la tabla "Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos" más arriba	Copago de \$0 durante los días cubiertos por Medicare. Los costos compartidos para los días solo de Medicaid se basan en las normas de tratamiento de ingresos de post-elegibilidad.
OTROS SERVICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID		
Servicios de enfermería privada	No hay cobertura	Copago de \$0 2,000 horas por año

Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca	No hay cobertura	Cubiertos si son necesarios por razones médicas para afiliados con doble elegibilidad. Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare se haya agotado.
Planificación familiar	No hay cobertura	Copago de \$0 Los servicios deben ser proporcionados a través de consultas médicas rutinarias o a través de clínicas de planificación familiar. Incluye historia clínica completa, examen físico, servicios médicos, suministros de análisis clínico y de laboratorio, material educativo, asesoramiento y los métodos anticonceptivos recetados que sean mejores para el paciente. Los servicios de planificación familiar deben estar disponibles para todas las personas en edad de concebir que deseen los servicios y los suministros.
Trabajo de parto y alumbramiento	No hay cobertura	\$0 por visita – Centro de partos alternativo Consultas prenatales adecuadas; los servicios de trabajo de parto y alumbramiento incluyen material y suministros necesarios; examen posparto; consultas después del nacimiento; y servicios de laboratorio según lo indicado por el Gabinete para los Servicios de Salud y de la Familia. Las consultas después del nacimiento están limitadas a dos (2) y se deben realizar dentro de las seis (6) semanas del nacimiento.
Esterilización e histerectomía	No hay cobertura	La ligadura de trompas está cubierta para afiliadas de 21 años de edad y mayores y mentalmente competentes. Los afiliados deben proporcionar a su médico un formulario de consentimiento informado (MAP-250) entre 30 y 180 días

antes de la fecha de la esterilización. En caso de parto prematuro, el consentimiento informado debe haberse entregado al menos 30 días antes de la fecha de parto y deben pasar 72 horas como mínimo, dado que el consentimiento se firma tanto para parto prematuro como cirugía abdominal de emergencia.

Histerectomía en adultas de 21

años de edad y mayores: la afiliada debe tener al menos 21 años de edad, ser mentalmente competente, dar el consentimiento informado de manera voluntaria después de recibir información de que el procedimiento la hará permanentemente incapaz de tener hijos, contar con intérprete cuando sea necesario y no estar reclusa en un centro correccional, hospital mental u otro tipo de centro de rehabilitación. Cubierta si se realiza por necesidad médica y el formulario MAP-251 (Formulario de acuse de recibo de información sobre histerectomía de la paciente) está firmado y fechado antes de la histerectomía.

No hay cobertura si se realiza por razones higiénicas o por esterilización solamente.

No hay cobertura para afiliadas mentalmente incompetentes o reclusas.

Diálisis renal	Copago de \$0	Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid. Los servicios de diálisis incluyen los servicios y procedimientos diseñados para promover y mantener el funcionamiento de los riñones y los órganos relacionados. Puede ser diálisis para pacientes internados o ambulatorios, autodiálisis y diálisis en el hogar.
Hospicio	Usted no paga nada por el cuidado de hospicio proporcionado en un hospicio certificado por Medicare. Puede que usted tenga que pagar parte de los costos por medicamentos y cuidado de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Contáctenos para más detalles.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid Disponible para afiliados con certificado de que tienen una enfermedad terminal y con pronóstico médico de expectativa de vida de seis (6) meses o menos.

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 Kentucky Department of Medicaid Services (el Departamento para los Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky al 1-855-306-8950 (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 de Medicaid 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 Kentucky, visite el sitio web de the Kentucky Department of Medicaid Services (el Departamento para los Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky en **<http://chfs.ky.gov/agencies/dms/>** o llame a la línea directa de Medicaid al 1-855-306-8950 (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 **\$50** por mes para gastar en comercios minoristas participantes en la compra de alimentos saludables.

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 con ciertas afecciones específicas del plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) o 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 **\$240** 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 botón de ayuda personal GoSafe Mobile funciona tanto dentro como fuera del hogar. GoSafe utiliza comunicación por voz bidireccional y cinco tecnologías de ubicación para enviar ayuda rápidamente dondequiera que se encuentre el afiliado.

Cuidado personal en el hogar

Copago de **\$0** por un mínimo de 3 horas por día, hasta un máximo de 42 horas por año para determinados servicios en el hogar para ayudar a personas con discapacidades y/o afecciones médicas a realizar actividades cotidianas (ADL, por sus siglas en inglés) dentro del hogar con un asistente acreditado (p. ej., asistencia para bañarse, vestirse, ir al baño, caminar, comer y preparar comidas).

Es posible que se requiera autorización. Para más detalles, contacte con el plan.

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 **directorio de proveedores y farmacias** de nuestro plan en nuestro sitio web en **humana.com/finder/search** o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos uno.



Puede ver la **guía de medicamentos** de nuestro plan en nuestro sitio web en **humana.com/medicaredruglist** o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos una.

Para obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual actualizado "Medicare y usted". Puede verlo en línea en <https://es.medicare.gov> o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Humana ha sido aprobada por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para operar como un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) hasta el 12/31/2023 basado en una revisión del Modelo de cuidado de Humana.

Refracciones de los ojos cubiertas por Medicare no están cubiertas durante una consulta médica con un especialista.

Los servicios de telesalud que se muestran son adicionales a los servicios de telesalud cubiertos por Medicare Original. Su costo puede ser diferente para los servicios de telesalud de Medicare Original. Las limitaciones para los servicios de telesalud, también conocidos como consultas virtuales o telemedicina, varían según el estado. Estos servicios no sustituyen el cuidado médico en casos de emergencia y no tienen como fin reemplazar a su proveedor de cuidado primario ni a otros proveedores de su red. Cualquier descripción de cuándo utilizar los servicios de telesalud tiene fines informativos únicamente y no debe interpretarse como asesoramiento médico. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener detalles adicionales sobre lo que podría cubrir su plan u otras reglas que podrían aplicarse.

Además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D, los planes pueden ofrecer los beneficios suplementarios.

[illegible]

[illegible]

¡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'éh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowoł.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

Humana Gold Plus SNP-DE H6622-018
(HMO D-SNP)

H6622018000 SPA

Área del norte de Kentucky

