

Humana®

Vamos más allá de sus expectativas

En Humana, lo que hacemos es más que brindar un seguro de salud. Se trata de brindar un toque más humano, un cuidado que trabaja más arduamente, va más lejos y profundiza más.

Todo por usted.

The Board of Pensions of the Presbyterian Church (U.S.A.) 2025 Plan Humana Medicare Advantage Grupal

Comprender su plan Medicare y cómo funciona es importante. Humana cree que todos deberíamos tener acceso a las herramientas y el apoyo necesarios para tener una oportunidad justa y equitativa de estar lo más saludables posible.

En esta guía encontrará

Lo que Humana le ofrece	2	Opciones de farmacias.....	10
¿Qué es Medicare?	3	Cobertura de vacunas y medicamentos recetados.....	12
Cómo funciona su plan	4	SmartSummary®	13
MyHumana.....	5	Apoyo adicional	14
Un mensaje para su proveedor	6	Preguntas frecuentes.....	15
Consultas virtuales/telesalud.....	7	Términos y definiciones	16
Cobertura para medicamentos recetados ..	8	Conozca sus números.....	18
Niveles de medicamentos recetados.....	9		



THE BOARD OF PENSIONS
OF THE PRESBYTERIAN CHURCH (U.S.A.)

Obtenga el cuidado sin contratiempos que merece

Humana Medicare Advantage PPO con plan de medicamentos recetados le ofrece:



Todos los beneficios de Medicare Original, más beneficios adicionales



Protecciones de cantidad máxima de desembolso persona



Cobertura en casos de emergencia en todo el país



Programas para ayudarle a mejorar la salud y el bienestar

Una red grande

Hay más de 62,000 farmacias participantes en nuestra red.

Casi no hay papeleo de reclamaciones

El plan trabaja con su farmacéutico para manejar las reclamaciones por usted.

Pharmacy finder

Una herramienta en línea que le ayuda a encontrar farmacias dentro de la red. También le indica qué tan lejos están de usted, los horarios en que están abiertos, si tienen servicio de autoservicio disponible, si ofrecen recetas de emergencia, opciones de entrega y si tienen empleados bilingües.

Detalles que necesitas saber

Si está en un plan Medicare Advantage que tiene cobertura de medicamentos recetados y se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado, se le podría cancelar la inscripción en su plan Medicare Advantage y regresar a Medicare Original. Llame al número de teléfono de Atención al Cliente de Group Medicare si tiene alguna pregunta.

Un equipo dedicado y más...

- Sus niveles de beneficios son los mismos tanto para proveedores dentro de la red como fuera de la red
- Extensa red de proveedores, especialistas y hospitales para elegir
- No necesita un referido para ver a cualquier proveedor de cuidado de la salud
- Cobertura de consultas médicas, incluidos exámenes físicos rutinarios
- Casi ningún formulario de reclamación para llenar o enviar por correo; nosotros nos ocupamos de eso por usted
- Especialistas exclusivos de Atención al cliente que solo prestan servicios a nuestros afiliados de Medicare Grupal

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa federal de seguro de salud para ciudadanos estadounidenses y residentes legales que tengan 65 años o más o que sean menores de 65 años y sean elegibles debido a una discapacidad.



Parte A de Medicare

Seguro hospitalario

Ayuda a cubrir el cuidado de hospitalización necesario por razones médicas en un hospital o centro de enfermería especializada. También ayuda a cubrir parte del cuidado de la salud en el hogar y cuidado de hospicio.



Parte B de Medicare

Seguro médico

Ayuda a cubrir servicios necesarios por razones médicas proporcionados por proveedores, cuidado médico ambulatorio y otros servicios y suministros médicos. La Parte B también ayuda a cubrir algunos servicios preventivos.



Parte C de Medicare

Planes Medicare Advantage

Estos planes están disponibles a través de compañías de seguros privadas, como Humana. La Parte C de Medicare ayuda a cubrir todo lo necesario por razones médicas que cubren la Parte A y la Parte B, incluidos los servicios médicos y hospitalarios. Usted seguirá teniendo Medicare si elige la cobertura de la Parte C de Medicare. Debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B para ser elegible para un plan de la Parte C de Medicare.



Medicare Parte D

Cobertura para medicamentos recetados

Ayuda a pagar los medicamentos que su proveedor le receta y está disponible como un plan de medicamentos recetados independiente o incluido en un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage. Al igual que los planes Medicare Advantage de la Parte C, la Parte D solo está disponible a través de compañías privadas, como Humana. Muchos planes Medicare Advantage de la Parte C incluyen cobertura para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

¿Cómo funciona?

- Medicare se divide en las Partes A, B, C y D.
- Las Partes A y B son Medicare original.
- Usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare, ya que el plan Humana Medicare Grupal PPO es un plan Medicare Advantage.
- También debe continuar pagando las primas de la Parte B de Medicare para seguir inscrito en este plan.

Cómo funciona su plan PPO

Los planes de Organización de proveedores preferidos (PPO) le dan la libertad de recibir cuidado médico dentro o fuera de la red. Su cobertura del plan de beneficios se mantiene igual, aunque reciba cuidados de un proveedor fuera de la red. Consulte su Resumen de beneficios, adjunto a este paquete, para obtener información adicional.

Cómo utilizar un plan PPO

- Usted tendrá un PCP que le ayudará a manejar su cuidado, conocerá su historial de salud general y le podrá guiar hacia el cuidado preventivo que le ayudará a mantenerse saludable y activo.
- Puede utilizar cualquier proveedor que forme parte de nuestra red o cualquier proveedor que acepte Medicare y acuerde facturar a Humana.
- Su plan no requiere referidos para consultar a otros proveedores, pero su PCP puede orientarle cuando necesite cuidado de especialidad.
- Los proveedores de la red Humana Medicare PPO deben aceptar el pago de Humana por el tratamiento brindado a los afiliados del plan.
- Humana proporciona a los proveedores de la red información acerca de los servicios y programas disponibles para los pacientes con afecciones crónicas.



Autorización previa para servicios médicos

Para determinados servicios y procedimientos, es posible que su proveedor o el hospital necesiten obtener una aprobación por adelantado de Humana antes de que el plan cubra cualquiera de los costos. Esto se denomina 'autorización previa' o 'preautorización'. Los proveedores u hospitales enviarán a Humana la solicitud de autorización previa. Si su proveedor no lo ha hecho, llame a nuestro equipo de Atención al cliente, ya que es posible que Humana no pueda pagar por estos servicios.

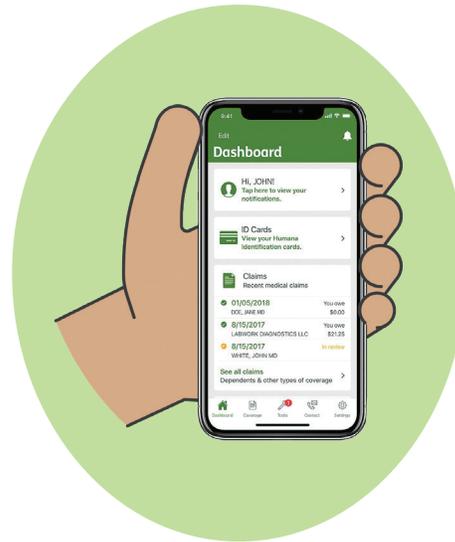
MyHumana y aplicación móvil de MyHumana

Obtenga su información de salud personalizada en MyHumana

Una parte valiosa de su plan de Humana es una cuenta en línea segura llamada MyHumana donde puede llevar un registro de sus reclamaciones y beneficios, encontrar proveedores, ver documentos importantes del plan y más.

Ya sea que prefiera utilizar una computadora de escritorio, una computadora portátil, una tableta o un teléfono inteligente, usted puede acceder a su cuenta en cualquier momento visitando **es-www.Humana.com/registration** para crear su cuenta de MyHumana.*

- Revise los beneficios de su plan
- Busque proveedores y farmacias de la red
- Busque y compare precios de medicamentos
- Vea su tarjeta de identificación del afiliado de Humana
- Controle las reclamaciones
- Vea su informe SmartSummary
- Acceda a sus recompensas de bienestar de Go365 con un solo clic



Aplicación móvil MyHumana

Descargue la aplicación móvil MyHumana en su teléfono inteligente o tableta.* Tendrá los detalles de su plan disponibles en todo momento.

Visite **es-www.humana.com/mobile-apps** para obtener información sobre nuestras muchas aplicaciones móviles, sus funciones y cómo utilizarlas.

¿Tiene alguna pregunta?

Si necesita ayuda para usar MyHumana, llame a Atención al cliente al número que está al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

*Es posible que se apliquen tarifas estándar de datos.

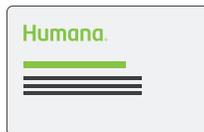
Utilice la herramienta de Humana Encontrar cuidado en la aplicación móvil MyHumana.

Una vez que comience su plan, podrá usar la aplicación móvil MyHumana para encontrar un proveedor cerca de usted, dondequiera que se encuentre. Seleccione "Buscar cuidado" en la parte inferior de la aplicación.

Tener un proveedor que sea de su agrado puede ser muy importante para su salud y para satisfacer sus necesidades

Si su proveedor de cuidado de la salud dice que no acepta el seguro de Humana, entréguele este folleto.

Una vez que usted es un afiliado del plan Humana Medicare Grupal de Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), el hecho de compartir esta información puede ayudar a su proveedor a entender cómo funciona este plan.



No olvide llevar a la primera cita su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

Un mensaje para su proveedor

Humana proveerá cobertura para este jubilado conforme a un plan Medicare Grupal PPO. Los beneficios dentro y fuera de la red son los mismos para cualquier afiliado de este plan. Esto significa que usted puede proveer servicios a este jubilado o a cualquier afiliado de este plan si usted es un proveedor elegible para participar en Medicare.



Proveedores de cuidado de la salud contratados

Si usted es un proveedor de cuidado de la salud contratado de Humana Medicare PPO del empleador, recibirá su tarifa contratada.

Proveedores de cuidado de la salud fuera de la red

Humana tiene la finalidad de facilitar la transición. Si usted es un proveedor elegible para participar en Medicare, puede dar tratamiento y recibir el pago por servicios prestados a los pacientes cubiertos por Humana que tienen este plan. Humana paga a los proveedores según el cuadro de tarifas de Medicare original, menos cualquier responsabilidad del afiliado del plan.

Proceso de reclamaciones para proveedores

Si necesita más información acerca de nuestros procesos de reclamaciones, o acerca de cómo empezar a ser un proveedor contratado de Humana Medicare PPO del empleador, llame a Relaciones con los proveedores al 800-626-2741, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 6 p.m., hora del este. **Este número no es para el uso de pacientes.**

Los pacientes deben llamar al número de Atención al cliente de Medicare Grupal que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

Telesalud

El médico está, aunque usted no pueda o no quiera ir a un consultorio. Las consultas de telesalud le permiten obtener cuidado médico que no sea de emergencia o cuidado de la salud del comportamiento a través de su teléfono,* tableta o computadora.

La telesalud se puede utilizar para el manejo de afecciones crónicas, el cuidado de seguimiento después de una consulta médica, revisiones de medicamentos y repeticiones de recetas, y mucho más, al igual que cuando usted acude a una consulta médica.

Pregunte a su proveedor de confianza si ofrece consultas de telesalud y, de ser así, qué debe hacer para comenzar a utilizarlas.

Salud del comportamiento

Utilice los servicios de telesalud para conectarse con un especialista certificado en salud del comportamiento. Estos proveedores están disponibles cuando usted pueda necesitarlos para brindarle orientación ante muchas de las dificultades de la vida.

Pregúntele a su proveedor de confianza sobre las opciones virtuales de salud del comportamiento que ofrece o visite **mentalwellness.humana.com** para buscar proveedores que pueden ayudar con terapia verbal, medicamentos, y más. Para encontrar las opciones disponibles de apoyo adicional, puede iniciar sesión en su cuenta de MyHumana y hacer clic en «Get Care» (Obtener cuidado).

Cuidado de la salud en el hogar

Hay ocasiones en la vida, como después de una lesión o enfermedad, en las que podemos necesitar ayuda con tareas como bañarse, arreglarse, preparar comidas

y otras actividades de la vida cotidiana. Con el beneficio de Servicios de cuidado personal en el hogar (PHCS, por sus siglas en inglés) de Humana, usted puede reunir los requisitos para obtener el cuidado que hace que las cosas sean más fáciles.

Profesionales de enfermería y terapeutas especialmente capacitados se centran en sus necesidades específicas para crear un plan de cuidado personalizado para usted. El objetivo es ayudarlo a manejar su salud con confianza, recuperar la independencia y disfrutar de una vida más saludable y feliz.

Para recibir los servicios de cuidado personal en el hogar, debe tener un referido de su médico. Para ver si podría ser elegible, llame al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

Recuerde que cuando tenga una lesión que ponga en riesgo su vida o un traumatismo grave, debe llamar al 911.

*Es posible que se requiera el uso de video para las consultas de telesalud. Es posible que se apliquen tarifas estándar de datos.

Las limitaciones a los servicios de telesalud, también conocidos como consultas virtuales o telemedicina, varían según el estado. Estos servicios no reemplazan el cuidado médico en casos de emergencia y no pretenden reemplazar a su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) u otros proveedores de su red. Cualquier descripción sobre 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 su plan podría cubrir u otras reglas que podrían aplicarse.

Cobertura para medicamentos recetados

Algunos medicamentos cubiertos por Humana pueden tener requisitos o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir autorización previa, terapia por fases o límites de cantidad. Puede visitar [es-**www.Humana.com/Pharmacy**](https://www.humana.com/Pharmacy) para consultar su guía de medicamentos recetados, en la que encontrará información sobre los límites de cantidad, la terapia por fases o si es necesaria una autorización previa. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro equipo de Atención al cliente al número de teléfono que figura al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

Autorización previa

El plan Humana Medicare Grupal requiere que usted o su proveedor obtengan autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener la aprobación del plan Humana Medicare Grupal antes de surtir sus medicamentos recetados. El motivo por el que se requiere una autorización previa puede variar dependiendo del medicamento. Humana trabajará con su proveedor cuando se requiera una autorización previa. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) requieren un tiempo de respuesta de 72 horas para una autorización previa. Sin embargo, su proveedor puede solicitar una revisión acelerada si el hecho de esperar 72 horas puede ser perjudicial para usted.

Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, el plan Humana Medicare Grupal limita la cantidad de medicamento cubierta. El plan Humana Medicare Grupal podría limitar la cantidad de repeticiones de recetas que puede obtener o la cantidad de un medicamento que puede recibir cada vez que surte su receta. Los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro para 30 días, independientemente de la asignación de nivel.

Surtido único de transición

Para ciertos medicamentos que normalmente requieren autorización previa o terapia por fases, Humana cubrirá un suministro único para 30 días de su medicamento cubierto por la Parte D durante los primeros 90 días de su inscripción. Una vez que haya recibido el surtido de transición* para su receta que requiere una autorización previa o una terapia por fases, recibirá una carta de Humana en la que se le informarán los requisitos o límites de la receta. La carta también le informará que deberá obtener la aprobación antes de que se cubran futuras repeticiones de recetas. Se deberá aprobar una autorización previa o se deberán probar otros medicamentos alternativos si el medicamento requiere terapia por fases.

Terapia por fases

En algunos casos, el plan Humana Medicare Grupal requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que haya cobertura disponible para un medicamento más costoso que sea recetado para tratar su afección médica.

*Algunos medicamentos no son elegibles para un surtido de transición, como los medicamentos que requieren una determinación de la Parte B frente a la Parte D, los medicamentos excluidos por los CMS o los que requieren una revisión del diagnóstico para determinar la cobertura.

Niveles de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

Nivel 1 – Medicamentos genéricos o preferidos

Básicamente los mismos medicamentos, pero con precios diferentes

Tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y se recetan por los mismos motivos. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) exige que los medicamentos genéricos tengan la misma calidad, concentración, pureza y estabilidad que los medicamentos de marca. El costo de los medicamentos genéricos suele ser inferior al de los medicamentos de marca.

Nivel 2 – Medicamentos de marca preferidos

Un medicamento disponible a un costo menor que el de un medicamento no preferido

Medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo más bajo que el de los medicamentos no preferidos.

Nivel 3 – Medicamentos no preferidos

Medicamentos más caros que los medicamentos preferidos

Medicamentos recetados genéricos o de marca más costosos que Humana le ofrece a un costo mayor que los medicamentos preferidos.

Nivel 4 – Medicamentos de especialidad

Medicamentos para usos específicos

Algunos medicamentos inyectables y otros de alto costo para tratar enfermedades crónicas o complejas como la artritis reumatoide y el cáncer.



Opciones de farmacias

Asistencia integral de farmacia para jubilados.

Red de farmacias minoristas

Con los planes de Humana tiene una variedad de opciones de venta minorista y por correo para surtir su receta.

- Sólida red de farmacias minoristas nacionales e independientes
- Flexibilidad y comodidad

CenterWell Pharmacy™

Usted puede elegir entre farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo de medicamentos recetados; CenterWell Pharmacy es una opción.*

CenterWell Pharmacy ofrece:

- Servicios integrales de farmacia
- Cómodas soluciones de pedido por correo, recordatorios de repeticiones de recetas y apoyo al paciente
- Entrega segura y protegida respaldada por múltiples controles realizados por farmacéuticos

CenterWell Specialty Pharmacy™

CenterWell Specialty Pharmacy ofrece una variedad de terapias especializadas que pueden ayudar a tratar su afección.

CenterWell Specialty Pharmacy ofrece:

- Cuidado y experiencia del paciente excepcionales
- Asociados especialmente capacitados para brindar apoyo a los pacientes
- Experiencia mejorada para el cáncer, los trastornos neuromusculares y determinadas afecciones pulmonares.

*Hay otras farmacias disponibles en la red de Humana.





En línea

Después de afiliarse a Humana, puede iniciar sesión en **CenterWellPharmacy.com** con su número de identificación de MyHumana e iniciar una nueva receta, pedir repeticiones de recetas o monitorear un pedido.*



Teléfono

Para medicamentos de mantenimiento, puede llamar a CenterWell Pharmacy al **800-379-0092 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 11 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 6:30 p.m., hora del este.

Para medicamentos de especialidad, llame a CenterWell Specialty Pharmacy al **800-486-2668 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 11 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 6:30 p.m., hora del este.



Correo postal

Descargue el “Formulario de inscripción y pedido de medicamentos recetados” de **CenterWellPharmacy.com/forms** y envíe sus recetas impresas por correo postal a:
CenterWell Pharmacy, P.O. Box 745099, Cincinnati, OH 45274-5099



Proveedor

Su proveedor puede enviar las recetas electrónicamente a través de e-prescribe o descargando el formulario para enviar por fax de **CenterWellPharmacy.com/forms** y enviando la receta por fax a CenterWell Pharmacy al **800-379-7617** o a CenterWell Specialty Pharmacy al **877-405-7940**.

*Hay otras farmacias disponibles en la red.

El lugar donde recibe sus vacunas puede determinar cómo están cubiertas

Parte B

Vacunas de la Parte B de Medicare

La parte Parte B de Medicare de su plan cubre las vacunas administradas en el consultorio de su proveedor si la vacuna está directamente relacionada con el tratamiento de una lesión o la exposición directa a una enfermedad o afección, como hepatitis B, rabia y tétanos.

Las siguientes vacunas de la Parte B de Medicare pueden obtenerse en el consultorio de su proveedor o están disponibles en una farmacia de la red:

- Influenza (gripe)
- Antineumocócica
- COVID-19 y refuerzos

Cobertura de la Parte B de Medicare para la diabetes

La Parte B cubre ciertos servicios preventivos para personas con riesgo de diabetes. Se debe tener la Parte B para recibir los servicios y suministros que esta cubre, como los siguientes:

- Suministros para las pruebas de diabetes
- Bombas de insulina*
- Monitores continuos de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)*
- Insulina administrada (o utilizada) en bombas de insulina

*Los CGM están disponibles en las farmacias minoristas participantes. Además, los CGM y las bombas de insulina están disponibles a través de nuestros proveedores preferidos de equipos médicos duraderos: CCS Medical, 877-531-7959 o Edwards Healthcare, 888-344-3434.

Parte D:

Vacunas de la Parte D de Medicare

La Parte D de Medicare de su plan cubre las vacunas que se consideran necesarias para ayudar a prevenir enfermedades. El costo compartido del afiliado para todas las vacunas de la Parte D incluidas en la lista del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés)[†] será de \$0.

Algunas vacunas comunes que debe obtener en su farmacia, no en el consultorio de su proveedor, incluyen:

- Herpes zóster
- Tdap
- RSV

Cobertura de la Parte D de Medicare para la diabetes

La Parte D suele cubrir los suministros para la diabetes utilizados para administrar la insulina. Debe estar inscrito en un plan de medicamentos de Medicare para recibir los suministros cubiertos por la Parte D, como los siguientes:

- Medicamentos para la diabetes
- Insulina administrada (o utilizada) con jeringas o lapiceras
- Jeringas, agujas para lapicera u otros dispositivos de administración de insulina que no sean equipo médico duradero (p. ej., Omnipod o VGO)

[†]Para obtener más información sobre las recomendaciones de vacunas del ACIP de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, visite www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/index.html.

Su informe personalizado de beneficios

SmartSummary de Humana proporciona una descripción general integral de sus beneficios de salud y gastos de cuidado de la salud. **Recibirá este informe después de cada mes en que haya procesado una reclamación.** También puede iniciar sesión en su cuenta de MyHumana y ver sus informes SmartSummary anteriores en cualquier momento.

SmartSummary le ayuda a:

- Comprender el panorama completo de su cuidado de la salud
- Controlar sus costos mensuales y anuales del cuidado de la salud
- Interactuar con sus proveedores a través de una lista de los servicios de cuidado de la salud que recibe
- Informarse acerca del cuidado preventivo, las afecciones de salud, las opciones de tratamiento y las maneras de reducir los gastos en salud

SmartSummary incluye:

- **Números que se deben tener en cuenta.** SmartSummary muestra los costos totales de los medicamentos correspondientes al mes y desde principios de este año a la fecha. También le muestra la parte de estos costos que pagó su plan y la parte que pagó usted, para que pueda ver el valor que tienen los beneficios de medicamentos recetados.
- **Mensajes personalizados.** SmartSummary le brinda consejos para ahorrar dinero en los medicamentos recetados que usa, información sobre cambios en los copagos de los medicamentos recetados y formas de planificar con anticipación.
- **Detalles de su receta.** Una sección sobre recetas personalizada le brinda más información sobre sus medicamentos recetados, incluso sobre la dosis y el proveedor de farmacia. Esta página puede ser de utilidad para llevarla a las citas con su proveedor o al farmacéutico.
- **Información relevante para usted.** SmartSummary personaliza una sección informativa con consejos sobre temas que pueden ser útiles para su salud.

SmartSummary®

Sus reclamaciones por servicios de farmacia, médicos y hospitalarios procesadas en abril de 2024

Este resumen es su "Explicación de beneficios" (EOB, por sus siglas en inglés) acerca de su cobertura médica, hospitalaria y para medicamentos recetados (Parte D) de Medicare. En su EOB, se muestran las reclamaciones que se procesaron, lo que pagamos nosotros, lo que usted y otras personas han pagado, y lo que cuenta para sus gastos de desembolso personal y sus gastos totales en medicamentos.

Humana.

FIRSTNAME A LASTNAME

Id. del afiliada: H12345678

Nombre del plan: Humana Group Medicare HMO

Rx PCN o número de grupo Rx: 03200000

DESCRIPCIÓN GENERAL DE SUS RECLAMACIONES DE ABRIL

 **Médicos, hospitalarios y de farmacia de la Parte B**
(consulte la página 3)

Total de cargos facturados este mes	\$1,577.53
Descuentos de Humana	- \$308.90
Exclusiones de beneficios	- \$0.00
Otro seguro	- \$0.00

Medicare Advantage le ofrece apoyo adicional, sin costo adicional para usted

Go365 by Humana®

Un programa de bienestar que brinda recompensas por realizar actividades saludables elegibles como hacer ejercicio o realizar su consulta de bienestar anual. Puede obtener recompensas que se pueden canjear por tarjetas de regalo en la tienda de Go365.

SilverSneakers®

Un programa de salud y acondicionamiento físico diseñado para adultos mayores que ofrece clases y actividades divertidas y atractivas. Además, está disponible sin cargo adicional a través del plan Humana Medicare Advantage.

Asesoramiento sobre salud de Humana

Nuestro programa de asesoramiento sobre salud, disponible para todos los afiliados de Humana Medicare Grupal, le brinda orientación para ayudarle a desarrollar un plan de acción que respalde sus objetivos de salud y bienestar.

Evaluación de salud y bienestar en el hogar (IHWA, por sus siglas en inglés)

Esta revisión anual gratuita y detallada de la salud se lleva a cabo en su hogar para ofrecer a su médico un par de ojos y oídos adicionales, de modo que podamos ayudarle a obtener el mejor cuidado.

Coordinación del cuidado de la salud de Humana

Los programas de coordinación del cuidado de la salud brindan apoyo a los afiliados elegibles para ayudarles a seguir siendo independientes en su hogar, proporcionando educación sobre afecciones crónicas y el cumplimiento terapéutico de medicamentos, ayudando con las instrucciones para el alta, facilitando el acceso a recursos de la comunidad, buscando apoyo social, y más.

Planificación anticipada del cuidado con MyDirectives®

Una plataforma en línea de planes de cuidado anticipado que le ayuda a asegurarse de que se cumplan sus deseos en caso de que ocurran emergencias médicas inesperadas, o a medida que progrese una enfermedad. Con MyDirectives, puede identificar a las personas en las que confía para que hablen por usted.

Transporte después del alta hospitalaria

Después de una hospitalización en un hospital o centro de enfermería especializada, los afiliados tienen derecho a un máximo de 12 viajes sencillos a lugares aprobados por el plan (por alta de un centro de cuidado) en automóvil, camioneta o vehículo con acceso para sillas de ruedas.

Servicios de cuidado personal en el hogar después del alta (PHCS, por sus siglas en inglés)

Después de una hospitalización en un hospital o centro de enfermería especializada, los afiliados pueden recibir determinados servicios de cuidado personal en el hogar de hasta 4 horas al día, hasta un máximo de 8 horas en total por evento de alta. Los asistentes acreditados pueden ofrecer asistencia para realizar actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) dentro del hogar (asistencia para bañarse, vestirse, ir al baño, caminar, comer y preparar comidas).

Programa de comidas después del alta hospitalaria

El programa de comidas después del alta hospitalaria de Humana ofrece comidas totalmente preparadas a los afiliados del plan que sean elegibles. Después de una hospitalización como paciente internado de una noche en un hospital o centro de enfermería, usted es elegible para recibir hasta 28 comidas nutritivas (2 comidas por día durante 14 días), que se entregan en su domicilio.

Preguntas frecuentes

¿Debo mostrar mi tarjeta roja, blanca y azul de Medicare cuando consulto a un médico?

No. Recibirá una tarjeta de identificación del afiliado de Humana que la reemplazará. Guarde su tarjeta de identificación de Medicare en un lugar seguro, o úsela solo cuando sea necesario para aprovechar descuentos y otras ofertas de comerciantes minoristas.

¿Qué debo hacer si me mudo o tengo un cambio de dirección temporal?

Si se muda a otra área o estado, esto puede afectar su plan. Es importante que se comunique con el administrador de beneficios de su grupo para conocer los detalles y llame para notificar a Humana sobre la mudanza.

¿Qué debo hacer si tengo que presentar una reclamación?

Llame a Atención al cliente de Humana Medicare Grupal para obtener más información y ayuda. Para solicitar el reembolso de un cargo que usted pagó por un servicio, envíe el recibo detallado del proveedor y el Formulario de reclamación de beneficios de salud (también disponible en es-www.humana.com) a la dirección para reclamaciones que está al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana. Asegúrese de que el recibo incluya su nombre y el número de identificación del afiliado de Humana.

¿Qué sucede si tengo otra cobertura de seguro de salud?

Si usted tiene otro seguro de salud, muestre su tarjeta de identificación del afiliado de Humana, y las demás tarjetas de seguro, cuando consulte a un proveedor de cuidado de la salud. El plan Humana Medicare Grupal podría ser elegible en combinación con otros tipos de cobertura de seguro de salud que usted pueda tener. Esto se denomina ‘coordinación de beneficios’. Notifique a Humana si tiene cualquier otra cobertura médica.

¿Cuándo comienza mi cobertura?

Su anterior empleador o sindicato decide cómo y cuándo debe inscribirse. Para conocer la fecha de vigencia propuesta de su inscripción, consulte al administrador de beneficios. Asegúrese de conservar su cobertura de cuidado de la salud actual hasta que se haya confirmado su inscripción en el plan Humana Medicare Grupal PPO.

¿Qué ocurre si mi servicio requiere autorización previa?

Si su servicio médico o medicamento requiere autorización previa, su proveedor puede comunicarse con Humana para solicitarla. Puede llamar a Atención al cliente si tiene preguntas sobre los servicios médicos y medicamentos que requieren autorización previa.

Su proveedor puede visitar es-www.humana.com/Provider y seleccionar “Preautorizaciones”. Esta página tiene un formulario para imprimir que puede enviarse por correo postal o por fax a Humana. También puede llamar al **800-555-2546 (TTY: 711)** para hablar con nuestro equipo de Revisión de farmacia clínica de Humana, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

¿Qué sucede si mi proveedor dice que no aceptará mi plan?

Si su proveedor le dice que no aceptará su plan PPO, puede entregarle el folleto “Medicare Grupal - Información del proveedor” de la página 13. Este explica cómo funciona su plan PPO. También puede llamar a Atención al cliente y pedir que un representante de Humana se comunique con su proveedor y le explique cómo funciona su plan PPO.

Preguntas frecuentes

¿Qué debo hacer si necesito surtir una receta antes de recibir mi tarjeta de identificación del afiliado de Humana?

Si necesita surtir una receta después de que comienza su cobertura, pero antes de recibir su tarjeta de identificación del afiliado de Humana, presente una copia de la constancia temporal de afiliación en cualquier farmacia de la red.

¿Cómo puedo obtener ayuda con los costos del plan de medicamentos?

Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir asistencia del programa de Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados. Para verificar si usted es elegible para obtener Ayuda adicional, llame al **800-MEDICARE (800-633-4227)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si usa un TTY, llame al **877-486-2048**. También puede comunicarse con la Administración del Seguro Social llamando al **800-772-1213**. Si usa un TTY, llame al **800-325-0778**. La Oficina de Asistencia Médica (Medicaid) de su estado también puede ser de ayuda, o puede solicitar Ayuda adicional en línea en **www.ssa.gov**.

Términos de seguro médico

Deducible (si corresponde)

Lo que paga por adelantado

La cantidad que paga por el cuidado de la salud antes de que su plan comience a pagar sus beneficios.

Coseguro

Su parte del costo

Un porcentaje de los gastos médicos y de medicamentos que puede pagar de su bolsillo por servicios cubiertos.

Copago

Lo que usted paga en el consultorio del proveedor por servicios médicos

Cantidad fija en dólares que usted paga cuando recibe servicios médicos o surte una receta.

Exclusiones y limitaciones

Cualquier cosa no cubierta o cubierta en situaciones o afecciones limitadas

Afecciones o circunstancias específicas que no están cubiertas conforme a un plan.

Máximo de desembolso personal

La cantidad máxima que gastará antes de que su plan pague el 100% del costo

Lo máximo que tendría que pagar por servicios cubiertos por un plan de salud, incluidos los deducibles, los copagos y el coseguro. Si usted alcanza el límite anual de gastos de desembolso personal, el plan Humana Medicare Grupal paga el 100% de la cantidad aprobada por Medicare para la mayoría de los cargos médicos cubiertos.

Red

Los proveedores médicos contratados por su plan

Un grupo de proveedores de cuidado de la salud contratados para prestar servicios médicos a tarifas con descuento. Los proveedores incluyen médicos, hospitales y otros profesionales del cuidado de la salud y centros médicos.

Descuento del plan

Una forma en que Humana le ayuda a ahorrar dinero

Cantidad de la que usted no es responsable debido a la tarifa negociada de Humana con el proveedor.

Prima

El pago mensual regular de su plan

La cantidad que usted y/o su empleador pagan regularmente por la cobertura de Medicare o Medicare Advantage.

Términos de farmacia

Deducible (si corresponde)

Su costo por medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan pague

La cantidad que usted paga por medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Coseguro

Su parte del costo de su medicamento recetado

Es un porcentaje del costo total de un medicamento que usted paga cada vez que surte una receta.

Copago

Lo que usted paga en la farmacia por su medicamento recetado

Cantidad fija en dólares que usted paga cuando surte una receta.

Cobertura catastrófica

Lo que usted paga por los medicamentos cubiertos después de alcanzar los \$2,000

Una vez que sus gastos de desembolso personal alcanzan el máximo de \$2,000, usted paga \$0 hasta el final del año del plan.

Exclusiones y limitaciones

Cualquier cosa no cubierta

Afecciones o circunstancias específicas que no están cubiertas conforme a un plan.

Formulario

Medicamentos cubiertos por su plan

Lista de medicamentos aprobados para su cobertura por el plan. También se llama Lista de medicamentos.

Máximo de desembolso personal

La cantidad máxima que gastará antes de que su plan pague el 100% del costo

Lo máximo que tendría que pagar por los medicamentos recetados cubiertos por un plan de salud, incluidos deducibles, copagos y coseguro. Una vez que se alcanza su límite anual de desembolso, el plan Medicare del Grupo Humana paga el 100% de la mayoría de los cargos de farmacia.

Conozca sus números

Encuentre números importantes cuando los necesite*

Atención al cliente de Humana Medicare Grupal

855-273-0021 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este

Evaluación de salud de Medicare

888-445-3389 (TTY: 711), todos los días

MyHumana

Inicie sesión o regístrese en MyHumana para acceder a información personal y segura sobre su plan en es-www.Humana.com

Aplicación móvil MyHumana

es-www.Humana.com/mobile-apps

Médicos en su red

es-www.humana.com/FindaDoctor

Telesalud

Comuníquese con su proveedor local para preguntar sobre las oportunidades de consultas virtuales, o acceda a las opciones de telesalud dentro de la red de Humana en todo el país utilizando la herramienta “Encontrar un médico” en es-www.humana.com, o llame al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado para conectarse con un proveedor que ofrezca este servicio.

CenterWell Pharmacy™

800-379-0092 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 11 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 6:30 p.m., hora del este
CenterWellPharmacy.com

CenterWell Specialty Pharmacy™

800-486-2668 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 11 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 6:30 p.m., hora del este
CenterWellPharmacy.com

Equipo de Revisión de farmacia clínica de Humana

800-555-2546 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este

SilverSneakers®

888-423-4632 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este

SilverSneakers.com

Go365 by Humana®

Go365.com

Coordinación del cuidado de la salud de Humana

855-273-0021 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este
es-www.Humana.com/home-care

Well Dine® de Humana

855-273-0021 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este
es-www.Humana.com/home-care/well-dine

Asesoramiento sobre salud de Humana

877-567-6450 (TTY: 711)

Oficinas del programa estatal de asistencia en seguros de salud

800-633-4227 (TTY: 711), todos los días
www.cms.gov/apps/contacts/#

*Debe estar afiliado a Humana para utilizar estos servicios.

The Board of Pensions
of the Presbyterian
Church (U.S.A.)



THE BOARD OF PENSIONS
OF THE PRESBYTERIAN CHURCH (U.S.A.)

Estamos aquí para usted

Atención al cliente de Humana Medicare Grupal

855-273-0021 (TTY: 711)

de lunes a viernes, de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este

your.humana.com/boardofpensions

Humana es un Plan Medicare Advantage PPO con un contrato con Medicare.

La inscripción en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

Llame al **855-273-0021 (TTY: 711)** para obtener más información.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen obligación de tratar a los afiliados del plan, 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.

Todos los nombres de productos, logotipos, marcas y marcas comerciales son propiedad de sus respectivos propietarios, y cualquier uso no implica respaldo.

Humana®