

**Humana Group Medicare**  
Humana Inc.  
P.O. Box 669  
Louisville, KY 40201-0669

## Información importante del plan



**2026 Humana Group Medicare**

Su viaje hacia una mejor salud, para una mejor jubilación







# Humana®

Un toque más humano  
al cuidar de su salud™



PLAN MEDICARE ADVANTAGE PPO

&

PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS

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 Group Medicare

**855-273-0021 (TTY: 711)**

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

**[your.humana.com/boardofpensions](https://your.humana.com/boardofpensions)**

Humana es un plan Medicare Advantage PPO y un plan de medicamentos recetados independiente con un contrato con Medicare. La afiliación a 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®

*Esta página se dejó en blanco intencionalmente.*



## Comencemos por comprender sus beneficios y cobertura

**Obtenga más información  
sobre los programas  
y servicios adicionales  
que ofrece Humana**

Escanee el código QR con  
su dispositivo móvil.



## Dentro de este paquete encontrará lo siguiente:

Bienvenido a un toque más humano al cuidar  
de su salud

Lo que sus beneficios incluyen

Lo que debe saber antes de afiliarse

Información Importante sobre la Afiliación

Qué esperar después de afiliarse

Administre su cuenta de Humana en línea

Herramienta “Find Care” (Buscar Cuidado)

Hable de esto con su Proveedor

Conozca sus números

Resumen de Beneficios Médicos

Beneficios Dentales, de Audición y de la Vista

Resumen de beneficios de recetas

Información Importante sobre los Medicamentos  
Recetados

Lista de Medicamentos Recetados Comúnmente

Folleto de Autorización Previa

Formulario de Consentimiento del Afiliado

Formulario de Afiliación







## Bienvenido a un toque más humano al cuidar de su salud

### Qué puede hacer para afiliarse

Estimado jubilado:

Nos complace informarle que **la Junta de Pensiones de la Iglesia Presbiteriana (EE. UU.)** se ha asociado con Humana para ofrecerle un Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) y de Medicamentos Recetados (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare Advantage. Estos planes ofrecen más beneficios que Medicare Original.

Es importante que conozca su plan de Medicare y cómo funciona. Humana cree que todos deberían tener acceso a las herramientas y el apoyo necesarios para tener una oportunidad justa y equitativa de estar lo más saludable posible. Durante nuestros más de 30 años de experiencia con Medicare, hemos aprendido cómo ser un mejor socio en la salud.

#### Consulte los materiales que se adjuntan

Este paquete incluye información sobre su opción de cuidado de la salud de Group Medicare junto con los servicios adicionales que presta Humana.

- Si tiene preguntas sobre su prima, llame a la Junta al **800-PRESPLAN (800-773-7752) (TTY: 711)\***, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6:00 p.m., hora del este.
- Si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame al equipo de Atención al Cliente de Humana al **855-273-0021 (TTY: 711)\***, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 9:00 p.m., hora del este.
- Revise la Información Importante sobre los Medicamentos Recetados para saber cómo ver o solicitar una copia de una Guía de Medicamentos Recetados.
- Consulte la página “Find Care” (Buscar Cuidado) de este paquete para obtener instrucciones sobre cómo encontrar una lista de proveedores de la red o farmacias de la red.
- Visite su sitio personalizado de Humana en **your.Humana.com/boardofpensions** para obtener información del plan, documentos y más.
- Humana ha grabado una presentación personalizada para usted. Puede ver la presentación en cualquier momento escribiendo **<https://huma.na/BOP2026>** en su navegador de Internet.

#### Información sobre la Afiliación

Para obtener información sobre la afiliación en el Plan Medicare Advantage y el Plan de Medicamentos Recetados, consulte el documento titulado “Información Importante sobre la Afiliación” que se encuentra en este paquete.

Esperamos seguirle ofreciendo nuestros servicios ahora y durante muchos años más.

Atentamente,  
Operaciones de Group Medicare

\*Visite <https://www.fcc.gov/consumers/guides/711-telecommunications-relay-service>

*Esta página se dejó en blanco intencionalmente.*

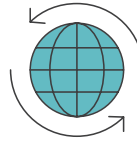
# Sus beneficios incluyen:



**Todos los beneficios de Medicare Original, más beneficios adicionales**



**Protecciones de cantidad máxima de desembolso personal**



**Cobertura en casos de emergencia en todo el mundo**



**Programas para ayudarle a mejorar la salud y el bienestar**

## Obtenga el cuidado que se merece

- Sus niveles de beneficios son los mismos tanto para proveedores dentro de la red como fuera de la red
- Una red de proveedores, especialistas y hospitales para elegir
- Nuestra red cuenta con más de 61,000 farmacias participantes
- 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 Group Medicare

## Cobertura que se adapta a su estilo de vida

Cuando usted se convierte en afiliado de la familia de Humana, puede esperar un cuidado de la salud diseñado pensando en usted: que esté adaptado al momento de su vida actual y que le brinde cuidado médico que le lleve a donde quiere estar.

## Cuidado que se brinda cómo y dónde lo necesite

Humana ofrece una variedad de programas para pacientes que necesitan cuidado para situaciones médicas complejas o apoyo para afecciones crónicas. A través de estos programas, los coordinadores de cuidado de la salud colaboran con médicos y otros profesionales de cuidado de la salud para ayudar a los pacientes a manejar sus necesidades de cuidado de la salud en casa, en el hospital, por teléfono o por correo electrónico.

## Beneficios que le priorizan

Nuestras herramientas y recursos para la salud y el bienestar hacen que sea fácil fijar objetivos de salud, registrar su progreso, fortalecer su mente y su cuerpo y crear vínculos con otras personas. Se trata de brindarle las cosas que espera de una compañía de seguros y luego encontrar más maneras de ayudarlo a mejorar su vida.

## Antes de afiliarse

**Usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar afiliado a la Parte B de Medicare, ya que el plan Humana Group Medicare PPO es un plan Medicare Advantage.**

### **¿Cuándo comienza mi cobertura?**

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

### **¿Su proveedor y farmacia están dentro o fuera de la red?**

Puede encontrar un médico o una farmacia de su red utilizando la herramienta Find Care (Buscar Cuidado) de Humana, visite **es-[www.humana.com/findcare](http://www.humana.com/findcare)**.

### **¿Qué cubre el seguro?**

- Cada plan de salud es diferente. Revise los detalles de su cobertura antes de ver a un médico, utilizar servicios o realizarse procedimientos.
- En ocasiones, es posible que su plan no cubra procedimientos y tratamientos, o que requiera autorización previa. Saber qué está y qué no está cubierto puede ahorrarle tiempo y dinero.
- Compruebe si su medicamento recetado está cubierto y si tiene alguna transferencia pendiente.

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

Solo puede afiliarse a un plan Medicare Advantage y a un plan de medicamentos recetados de Medicare a la vez. La afiliación a este plan cancelará su afiliación a un plan Medicare Advantage diferente o un plan de medicamentos recetados de Medicare.

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. Los planes Humana Group Medicare podrían ser elegibles 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.

### **¿Debo mostrar mi tarjeta de identificación 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 sucede si mi proveedor dice que no aceptará mi plan?**

Si su proveedor le dice que no aceptará su plan PPO, puede entregarle la página con la información "Del afiliado al proveedor" de este paquete. Este explica cómo funciona su plan PPO. También puede llamar a Atención al Cliente de Humana para que un representante de Humana se comuniquen con su proveedor y le explique cómo funciona su plan PPO.

### **¿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 prueba temporal de afiliación en cualquier farmacia de la red.



## Información importante sobre la afiliación

**La Junta de Pensiones** le ofrece la opción de afiliarse en el plan de la organización de proveedores preferidos (PPO) y en el plan de medicamentos recetados (PDP) de Humana Group Medicare Advantage. Si desea afiliarse en estos planes, siga las instrucciones a continuación. Se requiere estar afiliado en los planes PPO y PDP. Debe hacer esto antes de la fecha establecida por su administrador de beneficios. **Si se afilia en estos planes, se cancelará su afiliación en otro plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D). Sin embargo, si está afiliado actualmente en un plan suplementario de Medicare, tendrá que tomar medidas para cancelar su afiliación.**

### ¿Cómo me afilio?

Si desea afiliarse en los planes PPO y PDP de Group Medicare Advantage, complete el formulario de afiliación incluido al reverso de este paquete. El formulario de afiliación también está disponible llamando a la Junta de Pensiones al **800-PRESPLAN (800-773-7752) (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6:00 p.m., hora del este.

**Envíe por correo electrónico el formulario de afiliación completo a [memberservices@pensions.org](mailto:memberservices@pensions.org) o devuélvalo a:**

**La Junta de Pensiones de la Iglesia Presbiteriana (EE. UU.)  
2000 Market Street  
Philadelphia, PA 19103-3298**

### ¿Qué necesito saber como afiliado de los planes PPO y PDP de Humana Group Medicare?

Este paquete de afiliación incluye información importante sobre estos planes y lo que cubren, incluidos los documentos del Resumen de Beneficios. Revise esta información detenidamente.

Una vez afiliado, recibirá información sobre cómo ver o solicitar una copia de un documento de Evidencia de Cobertura (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo de suscriptor) de los planes PPO y PDP de Humana Group Medicare. Lea los documentos para obtener más información sobre la cobertura y los servicios de estos planes. Como afiliado de los planes PPO y PDP de Humana Group Medicare, puede apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no está de acuerdo. Por lo general, la afiliación en estos planes es para todo el año.

Cuando comiencen sus planes PPO y PDP de Humana Group Medicare, Humana cubrirá todos los artículos y servicios necesarios por razones médicas que estén cubiertos por el plan, incluso si recibe los servicios fuera de la red. Sin embargo, sus costos compartidos de afiliado pueden ser más bajos si usa proveedores dentro de la red. “Dentro de la red” significa que su médico o proveedor aparece en nuestra lista de proveedores participantes. “Fuera de la red” significa que usted se atiende con otro profesional que no está en esta lista. La excepción es para el cuidado médico en casos de emergencia, los servicios de diálisis fuera del área o los servicios de urgencia.

**Usted debe usar las farmacias de la red para acceder a los beneficios de Humana, excepto en circunstancias limitadas y no habituales en las que no sea razonable utilizar farmacias de la red de Humana.**

Debe conservar las Partes A y B de Medicare, ya que el plan Humana Group Medicare es un plan Medicare Advantage. **También debe continuar pagando su prima de la Parte B. Si se le cobra una**

**Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con los Ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) por la Parte D, se lo notificará la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad extra, además de la prima del plan.** Solo puede afiliarse en un plan Medicare Advantage a la vez. Debe informarnos si cree que podría estar afiliado en otro plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos recetados de Medicare e informarnos de cualquier cobertura para medicamentos recetados que pueda obtener en el futuro.

### **¿Qué sucede si no me inscribo en los planes PPO y PDP de Humana Group Medicare?**

No es necesario que esté afiliado en ninguno de estos planes. Si no desea inscribirse en estos planes, puede inscribirse en otro plan de Medicare. Si decide no inscribirse en los planes PPO y PDP de Humana Group Medicare, no podrá afiliarse más adelante.

Si elige inscribirse en otro plan de Medicare, puede llamar al **800-MEDICARE** cuando lo desee, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener ayuda sobre cómo hacerlo. Los usuarios de los servicios de TTY pueden llamar al **877-486-2048**. Es probable que su estado cuente con servicios de asesoramiento mediante el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés). Pueden proporcionarle asistencia y asesoramiento personalizados al momento de elegir un plan, que incluye los planes Suplementarios de Medicare, planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Además, pueden ayudarle a encontrar asistencia médica mediante su programa de Medicaid estatal y el Programa de Ahorros de Medicare.

### **¿Qué sucede si deseo desafiarme de los planes PPO y PDP de Humana Group Medicare?**

Puede cambiar o cancelar su cobertura de Humana en cualquier momento y volver a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage mediante una elección especial. Puede enviar una solicitud a Humana Group Medicare. Para dejar la cobertura de Humana, complete el **formulario de Exención o Retiro**, disponible llamando a la Junta de Pensiones al **800-PRESPLAN (800-773-7752) (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6:00 p.m., hora del este, y devuélvalo a la Junta a la dirección que se indica en el formulario. Si decide desafiarse de los planes PPO y PDP de Humana Group Medicare, no podrá volver a afiliarse más adelante. También puede llamar al **800-MEDICARE** en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de los servicios de TTY pueden llamar al **877-486-2048**.

### **¿Qué pasa si me mudo?**

Los planes PPO y PDP de Humana Group Medicare atienden un área de servicio específica. **Si se muda a otra área o estado, puede afectar sus planes.** Para informar un cambio de dirección, llame a la Junta de Pensiones al **800-PRESPLAN (800-773-7752) (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6:00 p.m., hora del este.

Si deja estos planes y no tiene una cobertura válida para medicamentos recetados (tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se afilia en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.

### **Divulgación de la Información**

Al unirse a estos planes Medicare Advantage, nos da permiso para compartir su información con Medicare y otros planes cuando sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de cuidado de la salud. Hacemos esto para asegurarnos de que reciba el mejor tratamiento y garantizarle que esté cubierto por el plan. Además, Medicare puede usar esta información con fines de investigación y otros motivos amparados por la ley federal.

## Qué puede esperar después de afiliarse

- **Confirmación de la afiliación**

Recibirá una carta de Humana una vez que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) confirmen su afiliación.

- **Tarjetas de identificación del afiliado de Humana**

Sus tarjetas de identificación médica y del afiliado para medicamentos recetados de Humana llegarán por correo poco después de que se afilie. Una vez que reciba sus dos tarjetas de identificación, cree un perfil de MyHumana. Tener acceso a sus documentos de salud importantes en línea, todos en un solo lugar, es una excelente manera de mantenerse organizado, y de poder acceder a su información en cualquier momento. Para activar su cuenta, visite **es-[www.humana.com/Registration](http://www.humana.com/Registration)**.

- **Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)**

Recibirá información sobre cómo ver o solicitar una copia de los documentos de Evidencia de Cobertura (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor). Lea este documento para informarse sobre la cobertura y los servicios del plan. Esto también incluirá su Aviso de Privacidad.

- **Su declaración de beneficios personalizada**

El SmartSummary® de Humana le ofrece una visión global integral de sus beneficios de salud y de sus gastos en cuidado de la salud. Recibirá estas declaraciones después de cada mes en el que se haya procesado una reclamación. También puede iniciar sesión en su cuenta de MyHumana y ver sus informes SmartSummary anteriores en cualquier momento.

- **Evaluación de salud y bienestar (HWA, por sus siglas en inglés)**

Esta es una revisión de salud detallada anual que se realiza en la comodidad de su hogar y que le proporciona un par adicional de ojos y oídos a su médico para que pueda sentirse más en control de su salud y bienestar.

Es posible que reciba una llamada de uno de nuestros proveedores de HWA (Signify Health o Matrix Medical Network) para programar su evaluación. Si tiene dudas, puede hacer preguntas cuando le llamen o comunicarse con Humana al número de teléfono que aparece al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

## Estamos aquí para usted

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Atención al Cliente de Humana Group Medicare al **855-273-0021 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este.

# Administre su plan de Humana en línea

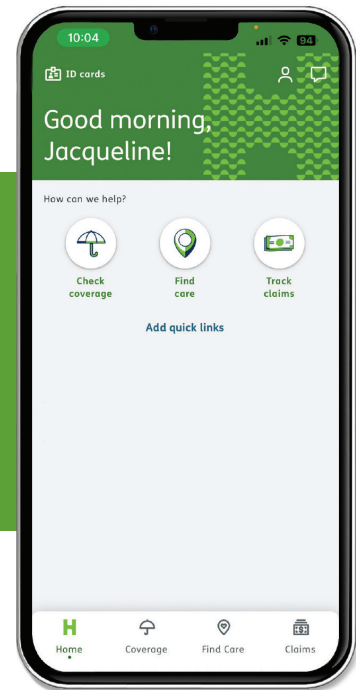
## MyHumana en cualquier lugar

Aproveche al máximo su plan con una cuenta de MyHumana y lleve sus productos esenciales de Humana dondequiera que vaya con la aplicación móvil MyHumana.

### Dependiendo de su plan, puede utilizar la aplicación móvil MyHumana para:

- Explorar los detalles de la cobertura y los beneficios en el momento en que los necesite.
- Obtener sus tarjetas de identificación del afiliado y añadirlas a la cartera de su teléfono.
- Encontrar un centro de cuidado cercano y obtener indicaciones de cómo llegar en la aplicación de mapas de su teléfono.
- Revisar el estado de las reclamaciones.
- Acceder a sus descuentos exclusivos para afiliados.

Una vez que comience la cobertura de su plan de Humana, visite **MyHumana.com** para activar su cuenta o descargue la aplicación MyHumana para iOS y Android y regístrese en ella.\* Obtenga más información en [es.www.humana.com/member/manage-your-account](https://es.www.humana.com/member/manage-your-account).



### Empezar es fácil: simplemente, tenga a la mano su tarjeta de identificación del afiliado de Humana y siga estos tres pasos:

- 1 Cree su cuenta.**  
Visite [es.www.humana.com/registration](https://es.www.humana.com/registration) y seleccione el botón “Comenzar la activación ahora”.
- 2 Elija sus preferencias.**  
La primera vez que inicie sesión en su cuenta de MyHumana, asegúrese de elegir cómo desea recibir la información de nuestra parte: en línea o por correo postal en su domicilio. Puede actualizar sus preferencias de comunicaciones en cualquier momento.
- 3 Vea los beneficios de su plan.**  
Después de configurar su cuenta, asegúrese de ver los documentos del plan para comprender sus beneficios y costos. También puede actualizar su perfil del afiliado si su información de contacto ha cambiado.



### Escanee este código QR

Escanee este código QR con su dispositivo móvil para crear su cuenta.

\*App Store y Google Play app store son marcas registradas de Apple Inc. y Google. Todos los derechos reservados. Apple y Google no participan en esta promoción ni la patrocinan.



## Encuentre un médico con la herramienta de búsqueda Find Care (Buscar Cuidado) de Humana

Elegir un médico o un centro de cuidado de la salud es una decisión importante. Puede utilizar la herramienta de búsqueda Find Care (Buscar Cuidado) de Humana para encontrar médicos, farmacias y mucho más dentro de la red.

### Vaya a

[es-www.humana.com/FindCare](https://www.humana.com/FindCare)

### Buscar como afiliado o invitado

- Inicie sesión en su cuenta segura de MyHumana para realizar una búsqueda, o bien
- Busque como invitado introduciendo su ubicación.

¿Ya está afiliado a un plan de Humana?

[Inicie sesión en →](#)

¿No tiene una cuenta?

[Inicie sesión con su identificación del afiliado →](#)



### Buscar como invitado

Introduzca su ubicación y la red para buscar cerca de usted

Su ubicación

Dirección, ciudad, condado o código postal

[Comencemos →](#)

### Elija el tipo de cuidado que busca

Utilice las pestañas para buscar un médico o una farmacia.

### Elija su red médica

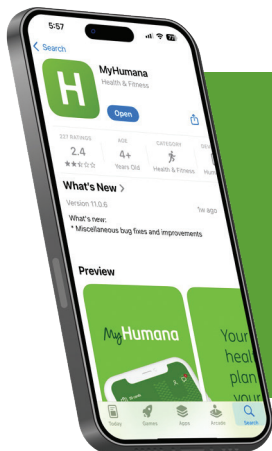
Seleccione un método de búsqueda en el menú desplegable.

### Buscar cuidado médico

Seleccione una pestaña para buscar por nombre de proveedor, centro o especialidad.

### Seleccione el botón “Buscar” para sus resultados

¿Ha encontrado el médico o centro que busca? Si necesita revisar su búsqueda, puede volver a hacerlo sin salir de la página de resultados.



### Find Care (Buscar Cuidado) en la aplicación móvil MyHumana

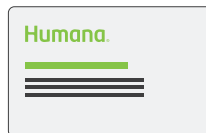
Una vez que esté afiliado a Humana, podrá descargar y usar la aplicación móvil MyHumana para encontrar cuidado médico cerca de usted. En el panel de control de la aplicación, busque la sección “Find Care” (Buscar Cuidado).

Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **855-273-0021 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este.

# Si su proveedor de cuidado de la salud dice que no acepta el seguro de Humana, entréguele esta página.

## Información del afiliado al proveedor

Una vez que está afiliado al plan Humana Group Medicare PPO, 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 afiliado conforme a un plan Group Medicare 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 afiliado 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 la lista 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 Group Medicare** que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

## Conozca sus números

Encuentre números importantes cuando los necesite\*

### Atención al Cliente de Humana Group Medicare

**855-273-0021 (TTY: 711),**

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

### MyHumana

Inicie sesión o regístrese en MyHumana para acceder a información personal y segura sobre su plan en **es-[www.humana.com](http://www.humana.com)**

### Aplicación móvil MyHumana

**es-[www.humana.com/mobile-apps](http://www.humana.com/mobile-apps)**

### Médicos en su red

**es.[www.humana.com/findcare](http://www.humana.com/findcare)**

### 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 “Find Care” (Buscar Cuidado) en **es-[www.humana.com](http://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.

### 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](http://www.humana.com/home-care)**

### Programa de comidas después del alta hospitalaria

**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](http://www.humana.com/home-care/well-dine)**

### Asesoramiento sobre salud de Humana

**877-567-6450 (TTY: 711),**

de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este

### Apoyo para cuidadores

**es.[www.humana.com/caregiver](http://www.humana.com/caregiver)**

### 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**

### Oficinas del programa estatal de asistencia en seguros de salud

**800-633-4227 (TTY: 711),** todos los días

**[www.cms.gov/apps/contacts/#](http://www.cms.gov/apps/contacts/#)**

\*Debe estar afiliado a Humana para utilizar estos servicios.





2026

# Resumen de beneficios

---

**Plan Humana Group Medicare Advantage PPO  
PPO 079/605**

**Junta de Pensiones de la Iglesia Presbiteriana**

**Humana®**

Nuestra área de servicio incluye condados específicos en los Estados Unidos, Puerto Rico y todos los demás territorios principales de Estado Unidos.



# Hablemos del **Plan Humana Group Medicare Advantage PPO.**

Obtenga más información sobre el Plan Humana Group Medicare Advantage PPO, incluidos los servicios que cubre, en esta guía fácil de usar.

La información sobre beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se enumeran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la "Evidencia de Cobertura".

## **Para ser elegible**

Para afiliarse al Plan Humana Group Medicare Advantage PPO, es necesario que tenga derecho a la Parte A de Medicare, que esté afiliado a la Parte B de Medicare y que viva en nuestra área de servicio.

## **Nombre del plan:**

Plan Humana Group Medicare Advantage PPO

## **Cómo comunicarse con nosotros:**

Si tienen preguntas, los afiliados deben llamar a la línea gratuita al **1-855-273-0021 (TTY/TDD: 711)**

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

O bien, visite nuestro sitio web:  
**es-[www.humana.com](http://www.humana.com)**

El Plan Humana Group Medicare Advantage PPO tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Para obtener más información, llame a Atención al Cliente de Humana Group Medicare.



## **Una asociación saludable**

¡Obtenga más de este plan, con servicios y recursos adicionales proporcionados por Humana!



## Prima mensual, deducibles y límites

### COSTO DEL PLAN

#### Prima mensual

Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

Para obtener información sobre las primas reales que pagará, comuníquese con su plan del empleador/grupo sindical.

#### Deducible médico

Este plan no tiene deducible.

#### Responsabilidad de cantidad máxima de desembolso personal por servicios médicos

La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos durante el año.

#### Cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red

Límite de **\$2,590** de desembolso personal para servicios que cubre Medicare. Los siguientes servicios no se aplican a la cantidad máxima de desembolso personal: farmacia de la Parte D, programa de acondicionamiento físico, servicios de educación para la salud, beneficio de comidas, cuidado personal en el hogar posterior al alta, servicios de transporte posterior al alta, servicios para dejar de fumar (adicionales), Transporte Médico No Urgente de Flexibilidad Uniforme (UF, por sus siglas en inglés) y la prima del plan no se aplican a la cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red.

Si alcanza el límite de gastos de desembolso personal, pagaremos el costo total durante el resto del año por servicios médicos y hospitalarios cubiertos.

#### Cantidad máxima combinada de desembolso personal dentro y fuera de la red

Límite de **\$2,590** de desembolso personal para servicios que cubre Medicare. Exclusiones dentro de la red: farmacia de la Parte D, programa de acondicionamiento físico, servicios de educación para la salud, beneficio de comidas, cuidado personal en el hogar posterior al alta, servicios de transporte posterior al alta, servicios para dejar de fumar (adicionales), Transporte Médico No Urgente de Flexibilidad Uniforme (UF, por sus siglas en inglés) y la prima del plan no se aplican a la cantidad máxima combinada de desembolso personal.

Exclusiones fuera de la red: farmacia de la Parte D, cobertura a nivel mundial y la prima del plan no se aplican a la cantidad máxima combinada de desembolso personal.

Su límite para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red contará para este límite.

Si alcanza el límite de gastos de desembolso personal, pagaremos el costo total durante el resto del año por servicios hospitalarios y médicos cubiertos.

**Tenga en cuenta:** Este plan requiere autorización previa para determinados artículos y servicios. El siguiente enlace le llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: [es-www.humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>CUIDADO DE HOSPITALIZACIÓN PARA AFECCIONES AGUDAS</b>		
Este plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospital para pacientes hospitalizados. Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que a usted lo admitirán en el hospital.	<b>\$320</b> por admisión	<b>\$320</b> por admisión
<b>COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>		
<b>Colonoscopia de diagnóstico</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Mamografía de diagnóstico</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Servicios de observación</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Servicios de cirugía</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA</b>		
<b>Colonoscopia de diagnóstico</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Servicios de cirugía</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>VISITAS AL CONSULTORIO</b>		
<b>Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</b>	<b>0%</b> del costo	<b>0%</b> del costo
<b>Especialistas</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo

**Tenga en cuenta:** Este plan requiere autorización previa para determinados artículos y servicios. El siguiente enlace le llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: [es-www.humana.com/PAL](https://es-www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>CUIDADO PREVENTIVO</b>		
<p>Este plan cubre todos los servicios preventivos de Medicare, incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma de aorta abdominal</li> <li>• Prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</li> <li>• Consulta anual de bienestar</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Prueba de detección del cáncer de mama</li> <li>• Terapia conductual para la enfermedad cardiovascular</li> <li>• Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</li> <li>• Prueba de detección del cáncer colorrectal</li> <li>• Prueba de detección de la depresión</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Prueba de detección de diabetes</li> <li>• Prueba de detección de glaucoma</li> <li>• Pruebas de detección de hepatitis C</li> <li>• Prueba de detección de VIH</li> <li>• Servicios de educación para la enfermedad renal</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de pulmón</li> <li>• Terapia de nutrición médica</li> <li>• Prueba de detección de obesidad y terapia</li> <li>• Exámenes físicos (rutinarios)</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de próstata</li> <li>• Servicios para dejar de fumar o de consumir tabaco</li> <li>• Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento</li> <li>• Consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare"</li> </ul>	<b>Cubierto sin costo</b>	<b>Cubierto sin costo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunas</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)</li> </ul> <p>Se cubrirán servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.</p>	<b>Cubierto sin costo</b>	<b>Cubierto sin costo</b>

**Tenga en cuenta:** Este plan requiere autorización previa para determinados artículos y servicios. El siguiente enlace le llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: [es-www.humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA</b>		
<b>Sala de emergencias</b> Si es admitido en el hospital en el transcurso de las siguientes 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar la parte del costo que le corresponde por cuidado médico en casos de emergencia. Consulte la sección "Cuidado de hospitalización" de este manual para conocer otros costos.	<b>4%</b> del costo por consulta(s) a la sala de emergencias cubierta(s) por Medicare	<b>4%</b> del costo por consulta(s) a la sala de emergencias cubierta(s) por Medicare
<b>Servicios que se necesitan con urgencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Consultorio del especialista</li> <li>• Centro de cuidado de urgencia</li> </ul> Los servicios que se necesitan con urgencia son cuidados que se proveen para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata.	<b>0%</b> del costo  <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo	<b>0%</b> del costo  <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo
<b>SERVICIOS, LABORATORIO E IMÁGENES DE DIAGNÓSTICO</b>		
<b>Servicios de imágenes avanzadas: Imagen por Resonancia Magnética (MRI, por sus siglas en inglés), Angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), Tomografía por Emisión de Positrones (PET, por sus siglas en inglés) o Escaneo de tomografía axial computarizada (CT/CAT, por sus siglas en inglés)</b>	<b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Consultorio del especialista</li> <li>• Centro de radiología independiente</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<b>4%</b> del costo  <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo  <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo
<b>Mamografía de diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Consultorio del especialista</li> <li>• Centro de radiología independiente</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<b>4%</b> del costo  <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo  <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Consultorio del especialista</li> <li>• Centro de cuidado de urgencia</li> <li>• Centro de radiología independiente</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<b>4%</b> del costo  <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo  <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo
<b>Electrocardiograma</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Consultorio del especialista</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>  Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>  Copago de <b>\$0</b>

**Tenga en cuenta:** Este plan requiere autorización previa para determinados artículos y servicios. El siguiente enlace le llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: [es-www.humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).





## Beneficios médicos cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
• Centro de radiología independiente	Copago de \$0	Copago de \$0
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Servicios de laboratorio</b>		
• Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	0% del costo	0% del costo
• Consultorio del especialista	0% del costo	0% del costo
• Centro de cuidado de urgencia	0% del costo	0% del costo
• Laboratorio independiente	0% del costo	0% del costo
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	0% del costo	0% del costo
<b>Servicios de medicina nuclear</b>		
• Centro de radiología independiente	4% del costo	4% del costo
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	4% del costo	4% del costo
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>		
• Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	4% del costo	4% del costo
• Consultorio del especialista	4% del costo	4% del costo
• Centro de cuidado de urgencia	4% del costo	4% del costo
• Centro de radiología independiente	4% del costo	4% del costo
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	4% del costo	4% del costo
<b>Radioterapia</b>		
• Consultorio del especialista	4% del costo	4% del costo
• Centro de radiología independiente	4% del costo	4% del costo
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	4% del costo	4% del costo
<b>SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN</b>		
<b>Servicios para la audición cubiertos por Medicare – exámenes diagnósticos de audición y equilibrio</b>	4% del costo	4% del costo
Servicios rutinarios para la audición	Copago de \$0 por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.	Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red. Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.
Se debe utilizar el proveedor TruHearing. Comuníquese con Atención al Cliente para encontrar un proveedor.	Copago de \$0 por consultas de seguimiento con el proveedor, sin límite por año. Copago de \$99 por cada audífono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído por año. Copago de \$399 por cada audífono de nivel Premium, hasta 1 por oído por año. Tenga en cuenta: Incluye 80 baterías por audífono y garantía de 3 años. Consultas de seguimiento ilimitadas con un proveedor durante el primer año después de la compra de audífonos TruHearing.	

**Tenga en cuenta:** Este plan requiere autorización previa para determinados artículos y servicios. El siguiente enlace le llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: [es-www.humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>SERVICIOS DENTALES</b>		
<b>Servicios dentales que cubre Medicare</b>	<b>4% del costo</b>	<b>4% del costo</b>
<b>Servicios dentales rutinarios</b>	<p><b>0%</b> del costo por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años.</p> <p><b>0%</b> del costo por evaluación oral integral o examen periodontal, ajuste oclusal, raspado por inflamación moderada, hasta 1 cada 3 años.</p> <p><b>0%</b> del costo por dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales, hasta 1 juego cada 5 años.</p> <p><b>0%</b> del costo por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años.</p> <p><b>0%</b> del costo por radiografías de mordida, hasta 1 juego por año.</p> <p><b>0%</b> del costo por ajustes en dentaduras postizas, rebasado de dentaduras postizas, revestimiento de dentaduras postizas, reparación de dentaduras postizas, examen de diagnóstico de emergencia, radiografías intraorales, conducto radicular o retratamiento, acondicionamiento de tejidos, hasta 1 por año.</p> <p><b>0%</b> del costo por empaste de amalgama y/o resina compuesta, corona, tratamiento de emergencia para el dolor, tratamiento con flúor, cirugía oral, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.</p> <p><b>0%</b> del costo por otros servicios de restauración - ampliación de muñón y poste y muñón prefabricados, hasta 1 por diente de por vida.</p> <p><b>0%</b> del costo por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.</p> <p><b>0%</b> del costo por extracción simple o quirúrgica, sin límite por año.</p> <p><b>0%</b> del costo por anestesia general (óxido nitroso, ansiólisis, sedación/analgesia intravenosa consciente), con servicio cubierto hasta lo que sea necesario con códigos cubiertos por año.</p>	<p><b>0%</b> del costo por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años.</p> <p><b>0%</b> del costo por evaluación oral integral o examen periodontal, ajuste oclusal, raspado por inflamación moderada, hasta 1 cada 3 años.</p> <p><b>0%</b> del costo por dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales, hasta 1 juego cada 5 años.</p> <p><b>0%</b> del costo por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años.</p> <p><b>0%</b> del costo por radiografías de mordida, hasta 1 juego por año.</p> <p><b>0%</b> del costo por ajustes en dentaduras postizas, rebasado de dentaduras postizas, revestimiento de dentaduras postizas, reparación de dentaduras postizas, examen de diagnóstico de emergencia, radiografías intraorales, conducto radicular o retratamiento, acondicionamiento de tejidos, hasta 1 por año.</p> <p><b>0%</b> del costo por empaste de amalgama y/o resina compuesta, corona, tratamiento de emergencia para el dolor, tratamiento con flúor, cirugía oral, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.</p> <p><b>0%</b> del costo por otros servicios de restauración - ampliación de muñón y poste y muñón prefabricados, hasta 1 por diente de por vida.</p> <p><b>0%</b> del costo por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.</p> <p><b>0%</b> del costo por extracción simple o quirúrgica, sin límite por año.</p> <p><b>0%</b> del costo por anestesia general (óxido nitroso, ansiólisis, sedación/analgesia intravenosa consciente), con servicio cubierto hasta lo que sea necesario con códigos cubiertos por año.</p>

**Tenga en cuenta:** Este plan requiere autorización previa para determinados artículos y servicios. El siguiente enlace le llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: [es-www.humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos cubiertos

### DENTRO DE LA RED

Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$1,000** por año para todos los beneficios preventivos e integrales.

### FUERA DE LA RED

Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$1,000** por año para todos los beneficios preventivos e integrales. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones o exclusiones de beneficios dentro de la red.

Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Consulte su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener información adicional. Las reclamaciones enviadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica y un historial dental para aprobar la cobertura. Es posible que los beneficios dentales en este plan no cubran todos los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés). Los servicios recibidos que no estén enumerados no tendrán cobertura del plan y serán responsabilidad del afiliado. El afiliado es responsable de cualquier cantidad por encima del límite de cobertura dental. Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. La información sobre cada plan está disponible en [es-www.humana.com/sb](https://es-www.humana.com/sb).

Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios cubiertos a tarifas contratadas (según la lista de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado consulta a un dentista de la red, no se podrá facturar al afiliado por cargos superiores a los de la lista de tarifas negociadas (pero cualquier pago de coseguro que corresponda continúa siendo aplicable). Consultar a un proveedor de la red puede suponer un ahorro considerable.

Los dentistas fuera de la red no han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas. El proveedor fuera de la red puede facturar al afiliado más de lo que paga el plan, incluso por los servicios indicados sin costos compartidos para el afiliado. Los afiliados son responsables de esta diferencia entre el reembolso de Humana y los cargos del proveedor fuera de la red. Es lo que se conoce como facturación del saldo. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones o exclusiones del beneficio dentro de la red. Consulte a continuación las instrucciones para el localizador de proveedores. Los proveedores de la red aceptan facturarnos directamente. Si un proveedor que no pertenece a nuestra red no está dispuesto a facturarnos directamente, es posible que usted tenga que pagar por adelantado y enviar una solicitud de reembolso. El nivel de coseguro se aplicará a la lista de tarifas dentro de la red (INFS, por sus siglas en inglés) promedio que se hayan negociado o a las tarifas usuales y habituales en su área. Consulte el Capítulo 2, Solicitudes de pago - Información de contacto, o visite [es-www.humana.com](https://es-www.humana.com) para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso.

Los beneficios dentales complementarios obligatorios se proporcionan a través de la red de Humana Dental Medicare. Comuníquese con Atención al Cliente para encontrar un proveedor.

### SERVICIOS PARA LA VISTA

#### Servicios para la vista cubiertos por Medicare

4% del costo

4% del costo

#### Examen de la vista para personas con diabetes cubierto por Medicare (1 por año)

Copago de \$0

Copago de \$0

#### Prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare (1 por año)

Copago de \$0

Copago de \$0

#### Artículos para la vista cubiertos por Medicare (después de cataratas)

4% del costo

4% del costo

**Tenga en cuenta:** Este plan requiere autorización previa para determinados artículos y servicios. El siguiente enlace le llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: [es-www.humana.com/PAL](https://es-www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Servicios rutinarios para la vista</b>  EyeMed es el proveedor dentro de la red para el beneficio para la vista de rutina. Comuníquese con Atención al Cliente para encontrar un proveedor.	Copago de <b>\$0</b> por examen rutinario (incluye refracción ocular), hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de <b>\$150</b> por año para lentes de contacto, anteojos (lentes y monturas), incluidas las opciones para lentes como protección ultravioleta y capa contra rayaduras, ajustes para anteojos (lentes y monturas).	Cantidad máxima combinada de cobertura de beneficios de <b>\$175</b> por año para examen rutinario (incluye refracción ocular). Copago de <b>\$0</b> por examen rutinario (incluye refracción ocular), hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de <b>\$150</b> por año para lentes de contacto, anteojos (lentes y monturas), incluidas las opciones para lentes como protección ultravioleta y capa contra rayaduras, ajustes para anteojos (lentes y monturas). Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones o exclusiones de beneficios dentro de la red.

### SERVICIOS DE SALUD MENTAL

<b>Pacientes internados</b> El límite para cuidado de hospitalización se aplica a los servicios de salud mental como paciente internado proporcionados en un hospital general o un centro psiquiátrico. Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que a usted lo admitirán en el hospital. Límite de 190 días de por vida en un centro psiquiátrico.	<b>\$320</b> por admisión	<b>\$320</b> por admisión
<b>Hospitalización parcial</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Servicios ambulatorios intensivos</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Consultas de terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Consultorio del especialista</li> <li>• Cuidado de urgencia</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<b>4%</b> del costo  <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo  <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo

**Tenga en cuenta:** Este plan requiere autorización previa para determinados artículos y servicios. El siguiente enlace le llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: [es-www.humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA</b>		
Este plan cubre hasta 180 días en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés).	Copago de <b>\$0</b> por día para los días 1-20 Copago de <b>\$40</b> por día para los días 21-100	Copago de <b>\$0</b> por día para los días 1-20 Copago de <b>\$40</b> por día para los días 21-100
No se requiere estadía de 3 días. El plan paga \$0 después de 180 días.	<b>20%</b> del costo por estadía para los días 101-180	<b>20%</b> del costo por estadía para los días 101-180
<b>AMBULANCIA</b>		
Por fecha de servicio independientemente de la cantidad de viajes. Limitado al transporte cubierto por Medicare.	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>TRANSPORTE</b>		
<b>Transporte Médico No Urgente de Flexibilidad Uniforme</b>	Copago de <b>\$0</b> para ubicaciones aprobadas por el plan hasta una cantidad ilimitada de viajes sencillos por año para afiliados con enfermedad renal crónica (CKD, por sus siglas en inglés), enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) o diagnóstico de cáncer. Este beneficio no debe exceder las 50 millas por viaje.	Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red. Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE B DE MEDICARE</b>		
<b>Medicamentos quimioterapéuticos</b>		
• Consultorio del especialista	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</b>		
• Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
• Consultorio del especialista	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
• Farmacia	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare</b>		
• Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
• Consultorio del especialista	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo

**Tenga en cuenta:** Este plan requiere autorización previa para determinados artículos y servicios. El siguiente enlace le llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: [es-www.humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> <li>Farmacia</li> </ul> <p>Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) por toda la insulina de la Parte B que cubre nuestro plan y, si su plan tiene un deducible, no se aplica a la insulina de la Parte B.</p>	<b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo
<b>SERVICIOS DE ACUPUNTURA</b>		
<b>Consulta(s) de acupuntura cubierta(s) por Medicare para el dolor lumbar crónico</b>	<b>4%</b> del costo por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas combinadas dentro y fuera de la red por año.	<b>4%</b> del costo por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas combinadas dentro y fuera de la red por año. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones o exclusiones de beneficios dentro de la red.
<b>ALERGIA</b>		
<b>Suero y vacunas para la alergia</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</li> <li>Consultorio del especialista</li> </ul>	<b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo
<b>SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS</b>		
<b>Consultas quiroprácticas cubiertas por Medicare</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>SERVICIOS Y SUMINISTROS PARA LA DIABETES</b>		
<b>Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proveedor de equipo médico duradero</li> <li>Farmacia</li> </ul>	<b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo
<b>Capacitación para el automanejo de la diabetes</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</li> <li>Consultorio del especialista</li> <li>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b> Copago de <b>\$0</b> Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> Copago de <b>\$0</b> Copago de <b>\$0</b>
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proveedor de equipo médico duradero</li> <li>Farmacia</li> <li>Suministrador preferido para diabetes</li> </ul>	<b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo <b>0%</b> del costo	<b>4%</b> del costo <b>4%</b> del costo Sin cobertura
<b>Prueba de detección de diabetes</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</li> <li>Consultorio del especialista</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b> Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> Copago de <b>\$0</b>

**Tenga en cuenta:** Este plan requiere autorización previa para determinados artículos y servicios. El siguiente enlace le llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: [es-www.humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).





## Beneficios médicos cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>CUIDADO DE LOS PIES (PODOLOGÍA)</b>		
<b>Cuidado de los pies cubierto por Medicare</b>	4% del costo	4% del costo
<b>CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>		
	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>HOSPICIO</b>		
Debe recibir cuidado médico de un hospicio certificado por Medicare. Debe consultar con este plan antes de seleccionar un hospicio.		
<b>EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>		
<b>Equipo médico duradero</b>		
• Proveedor de equipo médico duradero	4% del costo	4% del costo
• Farmacia	4% del costo	4% del costo
<b>Suministros médicos (incluye, entre otros, catéteres, preparación y suministros intravenosos)</b>		
• Proveedor de suministros médicos	4% del costo	4% del costo
• Farmacia	4% del costo	4% del costo
<b>Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)</b>		
• Proveedor de prótesis	4% del costo	4% del costo
<b>CUIDADO POR FARMACODEPENDENCIA COMO PACIENTE AMBULATORIO</b>		
<b>Consultas de tratamiento por farmacodependencia individuales y grupales para pacientes ambulatorios</b>		
• Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	4% del costo	4% del costo
• Consultorio del especialista	4% del costo	4% del costo
• Cuidado de urgencia	4% del costo	4% del costo
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	4% del costo	4% del costo
<b>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN</b>		
<b>Terapia de audiología</b>		
• Consultorio del especialista	4% del costo	4% del costo
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	4% del costo	4% del costo
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	4% del costo	4% del costo
<b>Rehabilitación cardíaca</b>		
• Consultorio del especialista	4% del costo	4% del costo
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	4% del costo	4% del costo

**Tenga en cuenta:** Este plan requiere autorización previa para determinados artículos y servicios. El siguiente enlace le llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: [es-www.humana.com/PAL](https://es-www.humana.com/PAL).





## Beneficios médicos cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Terapia ocupacional</b>		
• Consultorio del especialista	4% del costo	4% del costo
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	4% del costo	4% del costo
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	4% del costo	4% del costo
<b>Terapia física</b>		
• Consultorio del especialista	4% del costo	4% del costo
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	4% del costo	4% del costo
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	4% del costo	4% del costo
<b>Rehabilitación pulmonar</b>		
• Consultorio del especialista	4% del costo	4% del costo
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	4% del costo	4% del costo
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	4% del costo	4% del costo
<b>Terapia del habla</b>		
• Consultorio del especialista	4% del costo	4% del costo
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	4% del costo	4% del costo
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	4% del costo	4% del costo
<b>DIÁLISIS RENAL</b>		
<b>Servicios de diálisis renal</b>		
• Centro de diálisis	4% del costo	4% del costo
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	4% del costo	4% del costo
<b>Servicios de educación para la enfermedad renal</b>		
• Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	Copago de \$0	Copago de \$0
• Consultorio del especialista	Copago de \$0	Copago de \$0
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>PROVEEDORES DE TELESALUD DE HUMANA DENTRO DE LA RED, es decir, MDLive (además de Medicare Original)</b>		
<b>Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</b>	0% del costo	Sin cobertura
<b>Especialista</b>	4% del costo	Sin cobertura
<b>Servicios de cuidado de urgencia</b>	Copago de \$0	Sin cobertura
<b>Servicios para la salud del comportamiento o farmacodependencia</b>	Copago de \$0	Sin cobertura

**Tenga en cuenta:** Este plan requiere autorización previa para determinados artículos y servicios. El siguiente enlace le llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: [es-www.humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).



## Beneficios adicionales

### ACONDICIONAMIENTO FÍSICO Y BIENESTAR

Viva una vida más saludable y activa a través del acondicionamiento físico y la conexión social en los centros SilverSneakers® participantes y en línea.

Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red. Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.

### SERVICIOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El asesoramiento personal de salud es un asesoramiento interactivo telefónico y en línea con líneas entrantes y salientes para el bienestar que se ofrece a los participantes de Medicare que eligen participar para mejorar el bienestar, lo que incluye control del peso, nutrición, ejercicio, cuidado de la espalda, manejo de la presión arterial y manejo del azúcar en sangre.

Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red. Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.

### SERVICIOS POSTERIORES AL ALTA HOSPITALARIA

**Copago de \$0** para los siguientes beneficios por alta hospitalaria tras cada hospitalización como paciente internado o estancia en un centro de enfermería especializada:

- Asistencia de un ayudante acreditado para realizar las actividades cotidianas dentro del hogar. Mínimo de 4 horas al día, hasta un máximo de 8 horas. Los tipos de asistencia incluyen bañarse, vestirse, ir al baño, caminar, comer y preparar comidas.
- 2 comidas al día durante 14 días, hasta 28 comidas entregadas a domicilio.
- Transporte a los lugares aprobados por el plan mediante servicios de viaje compartido, automóvil, camioneta o vehículo adaptado para sillas de ruedas.

Los servicios deben estar a cargo de proveedores autorizados, programarse dentro de los 30 días posteriores al alta y utilizarse dentro de los 60 días posteriores al alta.

Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red. Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.

### SERVICIOS PARA DEJAR DE FUMAR (ADICIONAL)

Un programa integral para dejar de fumar disponible en línea, por correo electrónico y por teléfono. Los asesores personales ayudan a establecer metas y proporcionan artículos y recursos para ayudar en el esfuerzo por dejar de fumar.

Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red. Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.

**Tenga en cuenta:** Este plan requiere autorización previa para determinados artículos y servicios. El siguiente enlace le llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: [es-www.humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).

This image shows a full-page view of a blank sheet of white paper designed for writing notes. At the top left, the word "Notas" is written in a large, bold, black font. A horizontal dashed line runs across the entire width of the page just below the title. The rest of the page is filled with evenly spaced, thin grey horizontal lines, providing a guide for handwriting.

# Aviso de disponibilidad - Aviso sobre recursos y servicios auxiliares

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք՝ **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235 (听障专线: 711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**.

हिन्दी [Hindi]: नि:शुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Este aviso está disponible en <https://es-www.humana.com/legal/multi-language-support>.

GHHNOA2025HUM\_0425



日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយប្រភេទផ្សេងៗដល់សហគមន៍កម្ពុជា។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.  
**877-320-1235 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ຊ່ວຍກ່ອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຊ່ວຍແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ພຣິ.  
ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahji' bee adahodooníílgíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada' dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohji' hodílnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **877-320-1235 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyon pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **877-320-1235 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

**877-320-1235 (TTY: 711)** اردو: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ እና አማራጭ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

Bàsà [Bassa]: Wuḍu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, Hwòdǒ-fónó-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bé bé nyuɛɛ se wídí pèè-pèè dò kò. **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn ọ̀ṣẹ̀ àtìlẹ̀hìn ìrànlọ̀wọ̀ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ̀tó. Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी निःशुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था) सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।



## Obtenga **más información**

---



Puede ver el Directorio de proveedores de este plan en **es-[www.humana.com](http://www.humana.com)** o llamarnos al número que figura al comienzo de este manual y le enviaremos uno.

Humana es un Plan Medicare Advantage PPO con un contrato con Medicare. La afiliación a este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

Si desea comparar este plan con otros planes de salud de Medicare, puede llamar a su empleador o al sindicato que patrocina este plan para averiguar si tiene otras opciones a través de ellos.

Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual “Medicare y usted” actual. Puede verlo en línea en <http://es.medicare.gov> u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

A continuación, se proporciona una lista exhaustiva de los servicios dentales cubiertos por este plan. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Las reclamaciones presentadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica e historia dental para aprobar la cobertura. Cualquier servicio recibido que no figure en la lista no estará cubierto por el plan y será responsabilidad del afiliado. El afiliado es responsable de cualquier monto que exceda la cantidad máximo anual de cobertura del beneficio. Los beneficios se ofrecen por año calendario. Toda cantidad que no haya sido utilizada al final del año caducará.

### Información de contacto

**Afiliados:** Para obtener información sobre sus beneficios dentales, llame al Servicio de atención al cliente de Humana Dental al **800-457-4708 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., en su zona horaria. Consulte **MyHumana.com** para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones dentales disponibles en la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) de su plan. Para obtener una copia de este documento y otros recursos del plan, visite **Humana.com/sb**.

**Proveedores:** Para obtener información sobre sus beneficios dentales, llame al Servicio de atención a proveedores de Humana Dental al **800-833-2223**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

### Detalles adicionales del plan

- Los proveedores dentales de la red aceptaron proporcionar los servicios cubiertos a las tarifas contratadas según la lista de tarifas dentro de la red (INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado acude a un proveedor dental de la red participante, no se le pueden facturar cargos que superen la lista de tarifas negociadas (pero se sigue aplicando cualquier pago de coseguro aplicable). Consultar a un proveedor dentro de la red puede generar ahorros significativos. El localizador de proveedores de nuestra red nacional se puede encontrar en **Humana.com/FindCare**.
- Los proveedores de servicios dentales fuera de la red no han aceptado proporcionar los servicios a las tarifas contratadas. **El proveedor fuera de la red puede facturar al afiliado más de lo que paga el plan, incluso por los servicios enumerados sin costos compartidos para el afiliado. Los afiliados son responsables de esta diferencia entre el reembolso de Humana y los cargos del proveedor fuera de la red. Esto se conoce como "facturación del saldo".** Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a los máximos, limitaciones y/o exclusiones de los beneficios dentro de la red. El proveedor fuera de la red puede facturar a los afiliados cualquier cantidad superior al pago realizado por Humana al proveedor. Los proveedores de la red aceptan facturarnos directamente. Si un proveedor que no pertenece a nuestra red no está dispuesto a facturarnos directamente, es posible que el afiliado tenga que pagar por adelantado y presentar una solicitud de reembolso. El nivel de coseguro se aplicará a la lista de tarifas dentro de la red (INFS) promedio negociada en el área del afiliado.
- Humana es una organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La afiliación en cualquier plan de Humana depende de la renovación del contrato. Los beneficios dentales de este plan utilizan una red dental PPO.



# 2026 DEN416

HumanaDental® Medicare Network

Deducible	\$0
Monto máximo anual	\$1,000
Períodos de espera	Ninguno

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Examen				
D0120	Evaluación oral periódica: paciente establecido	Dos códigos de procedimiento por año calendario	100%	100%
Examen de diagnóstico de emergencia				
D0140	Evaluación oral limitada: centrada en el problema	Un código de procedimiento por año calendario	100%	100%
Exámenes adicionales				
D0150	Evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido	Un código de procedimiento de este grupo cada tres años calendario	100%	100%
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido		100%	100%
Radiografías de boca completa y panorámicas				
D0210	Radiografía intraoral: serie integral de imágenes radiográficas	Un código de procedimiento de este grupo cada cinco años calendario	100%	100%
D0330	Imagen de radiografía panorámica		100%	100%
Radiografías intraorales (dentro de la boca)				
D0220	Radiografía intraoral: primera imagen radiográfica periapical	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D0230	Radiografía intraoral: cada imagen radiográfica periapical adicional		100%	100%
Radiografías de mordida				
D0270	Radiografía de mordida: imagen radiográfica única	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D0272	Radiografías de mordida: dos imágenes radiográficas		100%	100%
D0273	Radiografía de mordida: tres imágenes radiográficas		100%	100%
D0274	Radiografía de mordida: cuatro imágenes radiográficas		100%	100%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Profilaxis (limpieza)				
D1110	Profilaxis adultos (eliminación de placa, sarro y manchas de las estructuras dentales e implantes en la dentición permanente y de transición. Su objetivo es controlar los factores irritativos locales.)	Dos códigos de procedimiento por año calendario	100%	100%
Fluoruro				
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D1208	Aplicación tópica de flúor, excluyendo barniz		100%	100%
Anestesia: general (en conjunto con procedimientos extensos y/o complejos, sujeto a limitaciones y exclusiones del plan, sujeto a revisión clínica)				
D9222	Administración de sedación profunda/anestesia general (primer incremento de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)	Según sea necesario con los códigos cubiertos	100%	100%
D9223	Administración de sedación profunda/anestesia general (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		100%	100%
D9239	Administración de sedación moderada (intravenosa) (los primeros 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		100%	100%
D9243	Administración de sedación moderada (intravenosa) (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		100%	100%
D9246	Administración de sedación moderada (parenteral, no intravenosa) (los primeros 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		100%	100%
D9247	Administración de sedación moderada (parenteral, no intravenosa) (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		100%	100%
Anestesia: óxido nitroso/analgesia (en conjunto con los servicios cubiertos, sujeto a limitaciones y exclusiones del plan, sujeto a revisión clínica)				
D9230	Administración de óxido nitroso	Según sea necesario con los códigos cubiertos	100%	100%
Restauraciones (empastes)				
D2140	Amalgama: una superficie, dientes temporales o permanentes	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D2150	Amalgama: dos superficies, dientes temporales o permanentes		100%	100%
D2160	Amalgama: tres superficies, dientes temporales o permanentes		100%	100%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Restauraciones (empastes) (continuación)				
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, dientes temporales o permanentes	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D2330	Composite a base de resina: una superficie, anterior (frontal)		100%	100%
D2331	Composite a base de resina: dos superficies, anterior (frontal)		100%	100%
D2332	Composite a base de resina: tres superficies, anterior (frontal)		100%	100%
D2335	Composite a base de resina: cuatro o más superficies (frontal)		100%	100%
D2391	Composite a base de resina: una superficie, posterior (atrás)		100%	100%
D2392	Composite a base de resina: dos superficies, posterior (atrás)		100%	100%
D2393	Composite a base de resina: tres superficies, posterior (atrás)		100%	100%
D2394	Composite a base de resina: cuatro o más superficies, posterior (atrás)		100%	100%
Recementado de corona				
D2910	Recementado o readhesión de incrustaciones inlay y onlay, carillas o reconstitución de cobertura parcial	Un código de procedimiento de este grupo cada cinco años calendario	100%	100%
D2915	Recementado o readhesión de perno y muñón fabricados indirectamente o prefabricados		100%	100%
D2920	Recementado o readhesión de corona		100%	100%
Recementado de puente				
D6930	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija	Un código de procedimiento cada cinco años calendario	100%	100%
Extracciones				
D7140	Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)	Ilimitado	100%	100%
D7210	Extracción de diente erupcionado que requiere extracción de hueso o seccionamiento del diente, incluida la elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado		100%	100%
Manejo del dolor				
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental: por consulta	Dos códigos de procedimiento por año calendario	100%	100%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Coronas				
D2542	Incrustación onlay metálica: dos superficies	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D2543	Incrustación onlay metálica: tres superficies		100%	100%
D2544	Incrustación onlay metálica: cuatro o más superficies		100%	100%
D2642	Incrustación onlay de porcelana/cerámica: dos superficies		100%	100%
D2643	Incrustación onlay de porcelana/cerámica: tres superficies		100%	100%
D2644	Incrustación onlay de porcelana/cerámica: cuatro o más superficies		100%	100%
D2662	Incrustación onlay de composite a base de resina: dos superficies		100%	100%
D2663	Incrustación onlay de composite a base de resina: tres superficies		100%	100%
D2664	Incrustación onlay de composite a base de resina: cuatro o más superficies		100%	100%
D2710	Corona: composite a base de resina (indirecto)		100%	100%
D2712	Corona: composite a base de resina 3/4 (indirecto)		100%	100%
D2720	Corona: resina con metal altamente noble		100%	100%
D2721	Corona: resina con metal predominantemente base		100%	100%
D2722	Corona: resina con metal noble		100%	100%
D2740	Corona: porcelana/cerámica		100%	100%
D2750	Corona: porcelana fundida con metal altamente noble		100%	100%
D2751	Corona: porcelana fundida con metal predominantemente base		100%	100%
D2752	Corona: porcelana fundida con metal noble		100%	100%
D2753	Corona: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio		100%	100%
D2780	Corona: 3/4 de metal fundido altamente noble		100%	100%
D2781	Corona: 3/4 de metal predominantemente base		100%	100%
D2782	Corona: 3/4 de metal noble fundido		100%	100%
D2783	Corona: 3/4 porcelana/cerámica		100%	100%
D2790	Corona: fundición completa de metal altamente noble		100%	100%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Coronas (continuación)				
D2791	Corona: fundición completa de metal predominantemente base	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D2792	Corona: fundición completa de metal noble		100%	100%
D2794	Corona: titanio y aleaciones de titanio		100%	100%
Reconstrucción restaurativa (otros servicios) del muñón o perno y muñón prefabricados				
D2950	Reconstrucción del muñón dental, incluye pernos cuando sea necesario	Uno por diente de por vida	100%	100%
D2952	Perno y muñón colados, además de corona, de fabricación indirecta		100%	100%
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente: el mismo diente		100%	100%
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de corona		100%	100%
D2957	Cada perno adicional prefabricado: el mismo diente		100%	100%
Servicios de endodoncia				
D3310	Terapia endodóntica, diente anterior (excluida la restauración final)	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (excluida la restauración final)		100%	100%
D3330	Terapia endodóntica, diente molar (excluida la restauración final)		100%	100%
D3346	Retratamiento de un tratamiento anterior de conducto radicular: anterior		100%	100%
D3347	Retratamiento de un tratamiento anterior de conducto radicular: premolar		100%	100%
D3348	Retratamiento de un tratamiento anterior de conducto radicular: molar		100%	100%
Alisado y raspado radicular periodontal				
D4341	Alisado y raspado radicular periodontal: cuatro o más dientes por cuadrante	Un código de procedimiento por cuadrante de este grupo cada tres años calendario	100%	100%
D4342	Alisado y raspado radicular periodontal: de uno a tres dientes por cuadrante		100%	100%
Raspado: inflamación gingival moderada				
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: boca completa, tras evaluación oral	Un código de procedimiento cada tres años calendario	100%	100%
Mantenimiento periodontal				
D4910	Mantenimiento periodontal	Cuatro códigos de procedimiento por año calendario	100%	100%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Dentaduras postizas completas (incluidos los cuidados rutinarios posteriores a la colocación)				
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	Una dentadura completa superior e inferior o una dentadura postiza superior e inferior de inmediato cada cinco años calendario	100%	100%
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular		100%	100%
D5130	Dentadura postiza de inmediato: maxilar		100%	100%
D5140	Dentadura postiza de inmediato: mandibular		100%	100%
Dentaduras postizas parciales removibles (incluidos los cuidados rutinarios posteriores a la colocación)				
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)	Una dentadura postiza parcial superior e inferior cada cinco años calendario	100%	100%
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		100%	100%
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		100%	100%
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		100%	100%
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		100%	100%
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		100%	100%
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		100%	100%
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		100%	100%



Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Dentaduras postizas parciales removibles (incluidos los cuidados rutinarios posteriores a la colocación) (continuación)				
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar: base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)	Una dentadura postiza parcial superior e inferior cada cinco años calendario	100%	100%
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular: base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		100%	100%
D5227	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		100%	100%
D5228	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		100%	100%
D5282	Dentadura postiza parcial removible unilateral: metal fundido de una pieza (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes), maxilar		100%	100%
D5283	Dentadura postiza parcial removible unilateral: metal fundido de una pieza (incluidos los materiales retentivos/sujeción, los apoyos y los dientes), mandibular		100%	100%
Otras dentaduras postizas parciales removibles (incluidos los cuidados rutinarios posteriores a la colocación)				
D5284	Dentadura postiza parcial removible unilateral: base flexible de una pieza (incluidos los materiales retentivos/sujeción, los apoyos y los dientes): por cuadrante	Un código de procedimiento por cuadrante de este grupo cada cinco años calendario	100%	100%
D5286	Dentadura postiza parcial removible unilateral: resina de una sola pieza (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes): por cuadrante		100%	100%
Ajustes de la dentadura postiza (no cubiertos si no han transcurrido seis meses desde la colocación inicial)				
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular		100%	100%
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar		100%	100%
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular		100%	100%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Reparaciones a dentaduras postizas (no cubiertos si no han transcurrido seis meses desde la colocación inicial)				
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar		100%	100%
D5520	Sustitución de dientes perdidos o rotos: dentadura postiza completa (por diente)		100%	100%
D5611	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular		100%	100%
D5612	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar		100%	100%
D5621	Reparación de estructura parcial fundida, mandibular		100%	100%
D5622	Reparación de estructura parcial fundida, maxilar		100%	100%
D5630	Reparación o sustitución de materiales retentivos/de sujeción rotos: por diente		100%	100%
D5640	Sustitución de dientes perdidos o rotos: dentadura postiza parcial (por diente)		100%	100%
D5650	Colocación de un diente en la dentadura postiza parcial existente (por diente)		100%	100%
D5660	Colocación de injerto de metal en dentadura postiza parcial existente: por diente		100%	100%
D5670	Sustitución de todos los dientes y acrílico sobre estructura metálica fundida (maxilar)		100%	100%
D5671	Sustitución de todos los dientes y acrílico sobre estructura metálica fundida (mandibular)		100%	100%
Rebase de la dentadura postiza (no cubierto si no han transcurrido seis meses desde la colocación inicial)				
D5710	Reemplazo del material de base de dentadura postiza maxilar completa	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D5711	Reemplazo del material de base de dentadura postiza mandibular completa		100%	100%
D5720	Reemplazo del material de base de dentadura postiza parcial maxilar		100%	100%
D5721	Reemplazo del material de base de dentadura postiza parcial mandibular		100%	100%
D5725	Reemplazo del material de base de prótesis híbrida		100%	100%



Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Revestimiento de la dentadura postiza (no se permite en dentaduras postizas de repuesto o si no han transcurrido seis meses desde la colocación inicial)				
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directa)	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directa)		100%	100%
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directa)		100%	100%
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directa)		100%	100%
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecta)		100%	100%
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecta)		100%	100%
D5760	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecta)		100%	100%
D5761	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecta)		100%	100%
Acondicionamiento tisular (no cubiertos si no han transcurrido seis meses desde la colocación inicial)				
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular		100%	100%
Cirugía oral				
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente recubierto en hueso		100%	100%
D7240	Extracción de diente impactado: completamente recubierto en hueso		100%	100%
D7250	Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)		100%	100%
D7284	Biopsia escisional de glándulas salivales menores		100%	100%
D7285	Biopsia incisional de tejido oral duro (hueso, diente)		100%	100%
D7286	Biopsia incisional de tejido oral blando		100%	100%
D7287	Recogida de muestras citológicas exfoliativas		100%	100%
D7288	Biopsia por cepillado: recogida de muestras transepiteliales		100%	100%
D7310	Alveoloplastia en combinación con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante		100%	100%
D7311	Alveoloplastia en combinación con extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante		100%	100%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Cirugía oral (continuación)				
D7320	Alveoloplastia no asociada a extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	100%
D7321	Alveoloplastia no asociada a extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante		100%	100%
D7412	Escisión de lesión benigna, complicada		100%	100%
D7450	Extirpación de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm		100%	100%
D7451	Extirpación de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm		100%	100%
D7460	Extirpación de quiste o tumor benigno no odontogénico: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm		100%	100%
D7461	Extirpación de quiste o tumor benigno no odontogénico: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm		100%	100%
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico		100%	100%
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral		100%	100%
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)		100%	100%
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)		100%	100%
D7963	Frenuloplastía		100%	100%
D7970	Escisión de tejido hiperplásico: por arcada		100%	100%
D7971	Escisión de la encía pericoronal		100%	100%
D7972	Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa		100%	100%
Ajustes oclusales (no cubiertos si no han transcurrido seis meses desde la colocación inicial)				
D9951	Ajuste oclusal: limitado	Un código de procedimiento cada tres años calendario	100%	100%

Terminología odontológica actual © 2026 Asociación Dental Estadounidense. Todos los derechos reservados.

# Servicios para la audición de rutina

## TruHearing® (Select)

\$0 por examen/copago de \$99 o \$399

Los servicios para la audición de rutina que se ofrecen a través de TruHearing® incluyen una red totalmente administrada de ubicaciones de proveedores en los EE. UU. Hay estilos de audífonos para satisfacer las necesidades auditivas de todos los afiliados con el precio más bajo entre la tecnología líder en la industria.

Todos los planes incluyen una garantía completa del fabricante de 3 años en cada dispositivo, 80 baterías gratuitas por audífono y consultas de seguimiento ilimitadas con el proveedor durante el primer año después de la compra de un audífono TruHearing®.

Resumen del Beneficio para la Audición de Rutina		
Servicios para la audición	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Examen auditivo de rutina</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 examen cada año calendario</li></ul>	<b>Copago de \$0</b>	<b>NO CORRESPONDE</b>
<b>Consultas de seguimiento con el proveedor</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ilimitadas por año</li></ul>	<b>Copago de \$0</b>	<b>NO CORRESPONDE</b>
<b>Audífonos de nivel estándar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• NO CORRESPONDE</li></ul>	<b>NO CORRESPONDE</b>	<b>NO CORRESPONDE</b>
<b>Audífonos de nivel avanzado</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hasta 1 por oído por año</li></ul>	<b>Copago de \$99</b>	<b>NO CORRESPONDE</b>
<b>Audífonos de nivel premium</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hasta 1 por oído por año</li></ul>	<b>Copago de \$399</b>	<b>NO CORRESPONDE</b>

Todos los nombres de productos, logotipos, marcas y marcas registradas pertenecen a sus respectivos dueños, y su utilización no implica aprobación alguna.

Humana es una organización Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La afiliación en cualquier plan de Humana depende de la renovación del contrato.





# 2026 VIS207

## Humana Medicare Insight Network

Cuando los afiliados reciban servicios de la vista de rutina necesarios, estarán cubiertos de acuerdo con el siguiente cronograma.

Servicios de cuidado de la vista	Dentro de la red (costo a cargo del afiliado)	Fuera de la red (reembolso)
<b>Examen</b> (Uno por año calendario) Examen de la vista de rutina (incluye refracción)	Copago de \$0	Copago de \$0 Hasta \$175
<b>Beneficio para artículos para la vista</b> (Uno por año calendario) Beneficio para la compra de montura y par de lentes o lentes de contacto (convencionales o desechables)	Cualquier monto minorista que exceda el subsidio de \$150	Hasta \$150

La red de proveedores para sus beneficios de la vista suplementarios a través de **Humana Medicare Insight Network** puede ser diferente de la red de proveedores para los beneficios de la vista cubiertos por Medicare. El localizador de proveedores para servicios de vista de rutina o cubiertos por Medicare se puede encontrar en **es-[www.humana.com/FindCare](http://www.humana.com/FindCare)**.

**El beneficio se puede usar solamente una vez. Los dólares que sobren del beneficio no se “transfieren” a una compra futura.**

Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con un monto máximo de cobertura de beneficios de hasta un par por año. El monto máximo de cobertura del beneficio se limita a un solo uso por año.

El subsidio para beneficios se aplica al precio minorista. El afiliado es responsable de cualquier costo que supere la cantidad aprobada por el plan. Los materiales perdidos o rotos no están cubiertos. Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad que no haya sido utilizada al final del año caducará.



# 2026 VIS207

## Descuentos adicionales:

---

El afiliado puede recibir un descuento del 20% en artículos no cubiertos por el plan en ubicaciones dentro de la red. El descuento no se aplica a servicios profesionales del proveedor o lentes de contacto. Los descuentos del plan no pueden combinarse con ningún otro descuento u oferta promocional. En algunos estados, es posible que los afiliados deban pagar la tarifa minorista completa y no la tarifa de descuento negociada con ciertos proveedores participantes. Consulte nuestro localizador de proveedores en línea para determinar qué proveedores participantes han aceptado la tarifa con descuento. Es posible que los descuentos en materiales de la vista no se apliquen a los productos de ciertos fabricantes. El plan se reserva el derecho de realizar cambios en los productos de cada nivel y los gastos de desembolso personal del afiliado. Los precios fijos reflejan las marcas en el nivel de producto listado. No todos los proveedores están obligados a llevar todas las marcas en todos los niveles. El servicio y los montos mencionados anteriormente están sujetos a cambios en cualquier momento.

Los afiliados pueden recibir un 40% de descuento en la compra de anteojos de par completo y pueden recibir un 15% de descuento en lentes de contacto convencionales una vez que se haya utilizado el beneficio financiado.

El afiliado puede recibir un 15% de descuento sobre el precio minorista o puede recibir un 5% de descuento sobre cualquier precio promocional de los procedimientos de corrección de la vista con láser Lasik o queratectomía fotorrefractiva (PRK, por sus siglas en inglés). Los procedimientos de corrección Lasik o PRK son proporcionados por U.S. Laser Network, propiedad de LCA-Vision. Tenga en cuenta que, dado que el Lasik y la corrección de la vista PRK son procedimientos electivos, realizados por proveedores especialmente capacitados, es posible que este descuento no siempre esté disponible a través de un proveedor en su ubicación inmediata, por lo que los afiliados primero deben llamar al **844-608-2020** para conocer el centro más cercano y recibir la autorización para el descuento.

---

Todos los nombres de productos, logotipos, marcas y marcas registradas pertenecen a sus respectivos dueños, y su utilización no implica aprobación alguna.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen obligación de dar tratamiento a los afiliados del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio de atención al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluyendo los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

---

Humana es una organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La afiliación en cualquier plan de Humana depende de la renovación del contrato.

---



# Resumen de beneficios

---

Plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) de Humana Group Medicare  
PDP 037/400

Junta de Pensiones de la Iglesia Presbiteriana

**Humana®**

El área de servicio incluye los Estados Unidos y Puerto Rico.





# Hablemos del **Plan de medicamentos recetados (PDP) de Humana Group Medicare**

Obtenga más información sobre el Plan de medicamentos recetados (PDP) de Humana Group Medicare, incluidos los servicios que cubre, en esta guía fácil de usar.

La información sobre beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se enumeran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la "Evidencia de Cobertura".

---

## **Para ser elegible**

Para afiliarse al Plan de medicamentos recetados (PDP) de Humana Group Medicare, es necesario que tenga derecho a la Parte A de Medicare, que esté afiliado a la Parte B de Medicare y que viva en nuestra área de servicio.

## **Nombre del plan:**

Plan de medicamentos recetados (PDP) de Humana Group Medicare

## **Cómo comunicarse con nosotros:**

Si tienen preguntas, los afiliados deben llamar a la línea gratuita al **1-855-273-0021 (TTY/TDD: 711)**

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

O bien, visite nuestro sitio web:  
**es-[www.humana.com](http://www.humana.com)**



## Deducible

**Deducible de farmacia (Parte D)** Este plan no tiene deducible.



## Beneficios de medicamentos recetados

Cobertura inicial (después de que usted paga su deducible, si corresponde)

Usted paga lo siguiente hasta que el total de sus gastos de desembolso personal en medicamentos alcanza los **\$2,100**. Una vez que alcance esta cantidad, entrará en la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Nivel	Farmacia minorista estándar	Servicio de pedido por correo estándar
<b>Suministro para 30 días</b>		
<b>1 (medicamentos genéricos o genéricos preferidos)</b>	Copago de <b>\$5</b>	Copago de <b>\$5</b>
<b>2 (medicamentos de marca preferidos)</b>	<b>30%</b> del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de <b>\$20</b> y máximo de <b>\$100</b> por medicamento recetado)	<b>30%</b> del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de <b>\$20</b> y máximo de <b>\$100</b> por medicamento recetado)
<b>3 (medicamentos no preferidos)</b>	<b>50%</b> del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de <b>\$50</b> y máximo de <b>\$150</b> por medicamento recetado)	<b>50%</b> del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de <b>\$50</b> y máximo de <b>\$150</b> por medicamento recetado)
<b>4 (medicamentos de especialidad)</b>	<b>50%</b> del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de <b>\$50</b> y máximo de <b>\$150</b> por medicamento recetado)	<b>50%</b> del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de <b>\$50</b> y máximo de <b>\$150</b> por medicamento recetado)

Nivel	Farmacia minorista estándar	Servicio de pedido por correo estándar
<b>Suministro para 90 días</b>		
<b>1 (medicamentos genéricos o genéricos preferidos)</b>	<b>Copago de \$15</b>	<b>Copago de \$12.50</b>
<b>2 (medicamentos de marca preferidos)</b>	<b>30%</b> del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de <b>\$60</b> y máximo de <b>\$300</b> por medicamento recetado)	<b>30%</b> del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de <b>\$50</b> y máximo de <b>\$250</b> por medicamento recetado)
<b>3 (medicamentos no preferidos)</b>	<b>50%</b> del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de <b>\$150</b> y máximo de <b>\$450</b> por medicamento recetado)	<b>50%</b> del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de <b>\$125</b> y máximo de <b>\$375</b> por medicamento recetado)
<b>4 (medicamentos de especialidad)</b>	N/A	N/A

En cada uno de los niveles puede haber medicamentos genéricos y de marca, así como también medicamentos cubiertos por Medicare. Para identificar los medicamentos comúnmente recetados en cada nivel, consulte la Guía de medicamentos recetados/Formulario. Para ver en línea la información más completa y actualizada de la Guía de medicamentos, visite [es-www.humana.com/SearchResources](https://www.humana.com/SearchResources), busque la sección Prescription Drug (Medicamentos recetados) y seleccione el enlace [es-www.humana.com/MedicareDrugList](https://www.humana.com/MedicareDrugList); en las listas de medicamentos para imprimir, haga clic en Printable Drug Lists (Listas de medicamentos para imprimir), seleccione Future Plan Year (Año del plan futuro); en Plan Type (Tipo de plan) escoja Group Medicare (Medicare grupal) y busque GRP61.

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas:** este plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted (incluso si no ha pagado su deducible, si corresponde). Llame a Atención al Cliente de Humana Group Medicare para obtener más información.

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina:** no pagará más de **\$35** por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por este plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentre. Tenga en cuenta: Es posible que no todos los niveles incluyan la insulina. Consulte su Guía de medicamentos recetados para confirmar la cobertura de insulina.

#### COBERTURA ADICIONAL DE MEDICAMENTOS

##### Medicamentos excluidos por Medicare Original

Ciertos medicamentos excluidos por Medicare Original están cubiertos conforme a este plan. Usted paga los costos compartidos asociados con el nivel para ciertos medicamentos para la tos/el resfriado, la disfunción eréctil, la fertilidad, vitaminas/minerales, la pérdida de peso. La cantidad que usted paga cuando surte una receta de estos medicamentos no se tiene en cuenta para ser elegible para la Etapa de cobertura catastrófica. Comuníquese con Atención al Cliente de Humana Medicare Grupal al número de teléfono que figura al reverso de su tarjeta del afiliado para obtener más detalles.

#### Cobertura Catastrófica

Una vez que el total de sus gastos de desembolso personal alcancen los **\$2,100**, usted pagará **\$0** por los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan y los medicamentos excluidos cubiertos por el plan.

# Aviso de disponibilidad - Aviso sobre recursos y servicios auxiliares

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235 (听障专线: 711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**.

हिन्दी [Hindi]: नि:शुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Este aviso está disponible en <https://es-www.humana.com/legal/multi-language-support>.



日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយប្រភេទផ្សេងៗដល់សហគមន៍កម្ពុជា។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.  
**877-320-1235 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ຊ່ວຍກ່ອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ພຣິ.  
ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjì' bee adahoodoníílgíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada' dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjì' hodílnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **877-320-1235 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyon pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **877-320-1235 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

**877-320-1235 (TTY: 711)** اردو: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ እና አማራጭ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

Bàsà [Bassa]: Wuḍu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, Hwòdǒ-fónó-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bé bé nyuɛɛ se wídí pée-pée dò kò. **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn isẹ àtìlẹ̀hìn ìrànlọ̀wọ̀ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ̀tó. Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी निःशुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था) सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।



## Obtenga **más información**



Puede ver el directorio de farmacias de este plan en **<https://es-www.Humana.com/finder/pharmacy/>** o llamarnos al número que figura al comienzo de este manual y le enviaremos uno.



Puede ver el formulario de medicamentos de este plan en **[es-www.humana.com/pharmacy/medicare-drug-list](https://es-www.humana.com/pharmacy/medicare-drug-list)** o llamarnos al número que figura al comienzo de este manual y le enviaremos uno.

Humana es un plan de medicamentos recetados independiente con un contrato con Medicare. La afiliación a este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

Si desea comparar este plan con otros planes de salud de Medicare, puede llamar a su empleador o al sindicato que patrocina este plan para averiguar si tiene otras opciones a través de ellos.

Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual “Medicare y Usted” actual. Puede verlo en línea en <http://es.medicare.gov> u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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



## Escanea este código QR

Escanee este código QR con su dispositivo móvil para ver la guía de medicamentos recetados de su plan.

## ¿Tiene preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos o desea asistencia adicional, puede ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de Humana Group Medicare llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

# Humana®

## Conozca su cobertura con la Guía de Medicamentos Recetados

Su plan Medicare Advantage de Humana incluye cobertura de medicamentos recetados y mucho apoyo. Una forma de ayudarlo a aprovechar al máximo su plan es con la Guía de Medicamentos Recetados, también llamada formulario o lista de medicamentos. Es la lista exhaustiva de medicamentos recetados que cubre su plan. Así podrá confirmar la cobertura de los medicamentos que necesita.



Lista completa de medicamentos genéricos y de marca que cubre su plan.



Creada y actualizada periódicamente por médicos y farmacéuticos.



Puede imprimirla, visualizarla y descargarla en su teléfono, tableta o computadora.\*



Disponible en varios idiomas.

## Consulte la Guía de Medicamentos Recetados de su plan

Visite [es-www.humana.com/pharmacy/medicare-drug-list](https://www.humana.com/pharmacy/medicare-drug-list) o escanee el código QR con la cámara de su teléfono o tableta.

- Desplácese hasta “**Campos Obligatorios**”; en el menú “**Seleccionar tipo de plan**”, elija **Group Medicare**; luego, “**Seleccionar año del plan**” y, por último, haga clic en el botón “**Buscar Guía de Medicamentos**”.
- Desplácese y localice PDG **GRP 61** dentro de la lista de medicamentos.

\*Es posible que se apliquen tarifas estándar de datos.





# Cobertura de los medicamentos más recetados

## Más información sobre la cobertura de los medicamentos más recetados

La lista de medicamentos más recetados es una guía de medicamentos en determinadas categorías terapéuticas. Usted y su proveedor pueden utilizar esta lista para determinar si existen alternativas más baratas o cubiertas para un medicamento que esté tomando actualmente.



**Lista parcial de medicamentos genéricos y de marca comunes en determinadas categorías terapéuticas que cubre su plan.**



**Puede imprimirla, visualizarla y descargarla en su teléfono, tableta o computadora.\***

Esta no es una lista completa. Para obtener un listado completo de medicamentos, consulte “Conozca su cobertura con la Guía de Medicamentos Recetados”.

**Para ver una lista de los medicamentos más recetados, escanee el código QR con la cámara de su teléfono o tableta, o visitando [Humana.com/CPML26800](https://www.humana.com/CPML26800).**



Si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos o desea asistencia adicional, puede ponerse en contacto con el Servicio de Atención al cliente de Humana Medicare Grupal llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

\*Es posible que se apliquen tarifas estándar de datos.

# Humana®



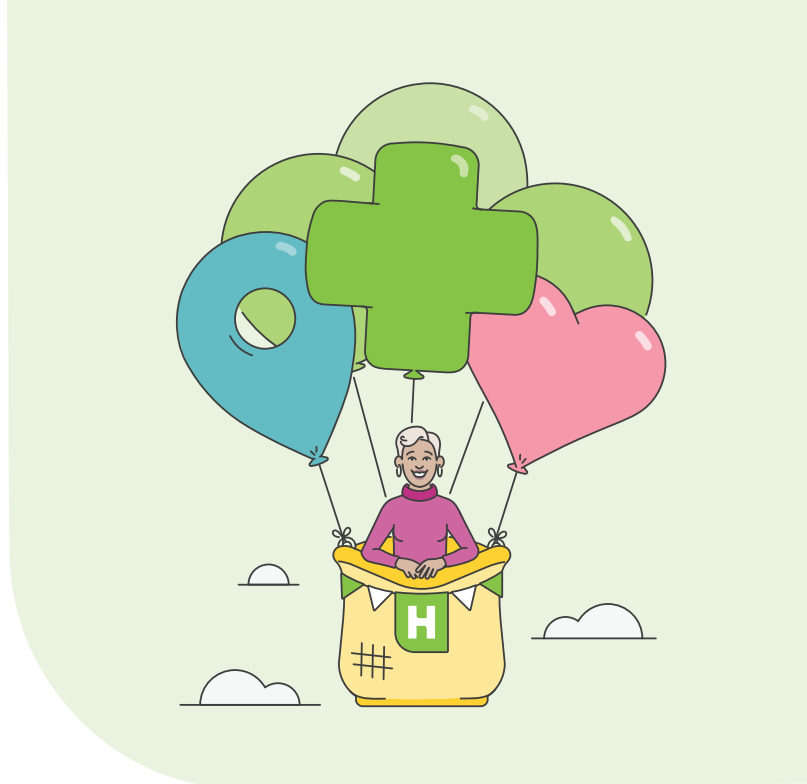
# Información importante sobre la cobertura de su plan: autorizaciones previas

## ¿Qué es la autorización previa y cómo funciona?

El plan Humana Medicare Advantage Grupal requiere que su médico obtenga autorización previa de Humana para algunos tipos de cuidado. Su médico debe obtener la aprobación de Humana antes de recetar determinados medicamentos, realizar procedimientos específicos o solicitar determinadas pruebas.

## No tiene que hacer nada.

Es responsabilidad de su proveedor obtener las autorizaciones previas. No es necesario que usted haga nada.



## Por qué es necesario

El enfoque de la autorización previa de Humana apoya la salud, la seguridad y el bienestar financiero óptimos, y garantiza el cumplimiento de los requisitos de Medicare.

Estos son algunos ejemplos de áreas en las que Humana puede requerir autorización previa:

- Cuidado de la salud en el hogar
- Admisiones como paciente internado
- Fisioterapia o terapia ocupacional
- Imágenes avanzadas, como resonancia magnética o escaneo de tomografía axial computarizada (CT/CAT, por sus siglas en inglés)
- Determinados medicamentos
- Centros de enfermería especializada



### Más información:

Si tiene alguna pregunta, llame a Humana al **855-273-0021 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este.

# Humana®

Y0040\_GHHMF8XSP\_C



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

# Importante

---

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

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, ascendencia, origen étnico, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, discapacidad, edad, estado civil, religión o idioma en sus programas y actividades, lo cual incluye la admisión, el acceso, el tratamiento o el empleo en sus programas y actividades.

- El siguiente departamento ha sido designado para encargarse de las preguntas relacionadas con las políticas de no discriminación de Humana: Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**.

## Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 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 incapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

**Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas.  
Llame a nuestro número de servicio al cliente al 877-320-1235 (TTY: 711).  
Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.**

**Español (Spanish):** Llame al número indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística. **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horas de operación: 8 a.m. a 8 p.m. hora del este.

**繁體中文 (Chinese):** 本資訊也有其他語言版本可供免費索取。請致電客戶服務部：**877-320-1235 (聽障專線：711)**。辦公時間：東部時間上午 8 時至晚上 8 時。

**Humana**®



# Consentimiento para la divulgación de información médica protegida

## Información del afiliado (persona cuya información se divulgará):

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido Mes Día Año  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal  
Identificación del afiliado: \_\_\_\_\_ N.º de grupo (si corresponde): \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
☐ Hogar ☐ Celular\*

Entiendo que esta autorización permitirá a Humana y sus afiliadas utilizar o divulgar la información de salud<sup>†</sup> protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que se describe a continuación: (Marque solo un casillero)

- ☐ Divulgación total: Toda la información médica protegida que conserven Humana y sus afiliadas, incluidos los registros de salud mental, VIH, estado de salud, consumo de sustancias o trastornos por consumo de sustancias. Esta también incluye compartir información de la farmacia de pedido por correo, productos de bienestar y programas de salud con la persona autorizada.
- ☐ Divulgación limitada: Usted especifica qué PHI desea compartir, por ejemplo, información sobre la afección o el tratamiento, un rango de fechas específico o un tipo de producto. Excepto que limite el tipo de producto, la información se aplicará a todos los productos y servicios. \_\_\_\_\_

Si seleccionó Divulgación limitada indique qué productos corresponden:

- ☐ Cobertura médica o de medicamentos recetados ☐ Visión ☐ Dental ☐ CenterWell Pharmacy™ (entrega por correo) ☐ Go365®

Esta información puede divulgarse y utilizarse por la siguiente persona u organización (como un hogar de ancianos, un proveedor de cuidado y coordinadores de cuidado de la salud) para ayudarme con los productos o servicios propiedad de Humana para los cuales otorgo mi consentimiento para divulgar información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido Campo obligatorio Mes Día Año  
O, si se trata de una organización: \_\_\_\_\_  
Nombre  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
☐ Hogar ☐ Celular\*

Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hermano/a ☐ Padre/madre ☐ Hijo/a ☐ Agente/Corredor ☐ Amigo/a ☐ Organización

Entiendo que:

- No estoy obligado a completar este consentimiento y Humana no puede basar las decisiones relacionadas con el tratamiento, el pago, la afiliación o la elegibilidad para recibir beneficios en función de si lo presento o no.
- Las divulgaciones pueden incluir información de proveedores tratamiento pasados, presentes o futuros.
- Este consentimiento es válido hasta que cancele mi afiliación a Humana. Para los clientes en los siguientes estados, CA, CT, GA, IL, MA, MD, MT, NC, NJ, NV, OH, OR, PR, VA, los consentimientos expirarán de conformidad con las leyes estatales aplicables.<sup>‡</sup> Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento por medio de mi cuenta MyHumana, llamando al Servicio al cliente o enviando un aviso por escrito a Humana.
- Si cancelo el consentimiento, no se aplicará a ninguna información previamente divulgada con esta autorización. Una vez se comparta la información, Humana no podrá evitar que la persona u organización que tenga acceso a la información la comparta con otros; la información podría no estar protegida por las regulaciones federales sobre privacidad.

Firma del afiliado o del representante legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
☐ Afiliado ☐ Representante Legal

**Tenga en cuenta: Los representantes legales deben adjuntar copias de la autorización, según lo exigido por la ley. Por ejemplo, poder médico, sustituto médico, testamento en vida o documentos de tutela.**

Después de completar y firmar el formulario, envíelo por fax al 800-633-8188. O, si lo prefiere, envíe su formulario completo por correo postal a: **Humana Insurance Company, P.O. Box 14168, Lexington, KY 40512-4168**

\* Al indicar su número de teléfono celular, usted autoriza a Humana a llamarle a su celular.

† La información médica incluye datos de atención médica, dental, farmacia, salud del comportamiento, visión, cuidado a largo plazo.

‡ Vence en 12 meses: CA, CT, GA, IL, MA, MD, NC, NJ, NV, OH, OR

Vence en 24 meses: MT, VA y Puerto Rico

Humana seguirá todas las leyes y regulaciones estatales y federales más rigurosas.

Solo para uso de Humana

**Humana**®

Y0040\_GNHJ5Y5SP\_23\_C

## Importante

---

### En Humana nos importa que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias trabajan en conformidad con las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, origen étnico, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, discapacidad, edad, estado civil, religión ni idioma en sus programas y actividades, incluidos la admisión, el acceso, el tratamiento o el empleo en sus programas y actividades.

- El departamento siguiente se designó para manejar consultas sobre las políticas de no discriminación de Humana: Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**.

### Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

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

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

### Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas.

**Llame a nuestro número de Servicio al cliente: 877-320-1235 (TTY: 711).**

**Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.**

**Español (Spanish):** Llame al número indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística. **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horas de operación: 8 a.m. a 8 p.m. hora del este.

**繁體中文 (Chinese):** 本資訊也有其他語言版本可供免費索取。請致電客戶服務部：**877-320-1235 (聽障專線：711)**。辦公時間：東部時間上午 8 時至晚上 8 時。



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

## Afiliación en el plan PPO y en el Plan de Medicamentos Recetados (PDP, por sus siglas en inglés) de Humana Group Medicare Advantage

Para afiliarse en el plan PPO y PDP de Humana Group Medicare Advantage, complete y envíe este formulario a la Junta de Pensiones a la dirección que se indica a continuación. Una vez recibida, la Junta enviará su información a Humana para que se afilie en los planes.

Información personal			
Nombre ( <i>nombre, segundo nombre, apellido</i> )		Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social	
Dirección postal			
Dirección ( <i>si es diferente de la dirección postal</i> )			
Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono		Correo electrónico	
Si usted no es el afiliado, complete:			
Nombre del afiliado ( <i>primer nombre, segundo nombre, apellidos</i> )		Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social	

Afiliación para la cobertura		
Debe iniciar sesión en la Sección de Autorización para que se complete la afiliación.		
Quiero afiliarme en el plan PPO y PDP de Humana Group Medicare Advantage. La afiliación, una vez completada, es en ambos componentes. No se permite la afiliación en uno sin el otro. Tengo al menos 65 años o estoy discapacitado y participo en Medicare Partes A y B.		
Número de identificación de Medicaid		
Quiero afiliarme como ( <i>marque todas las opciones que correspondan</i> ) <input type="checkbox"/> Afiliado jubilado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Excónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge sobreviviente <input type="checkbox"/> Afiliado con derechos adquiridos dado de baja		
Indique el nombre completo de todos los afiliados de la familia elegibles para la cobertura, incluido usted mismo. Use una hoja aparte si es necesario.		
Nombre ( <i>nombre, segundo nombre, apellido</i> )		
Fecha de Nacimiento	Relación	Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social
Número de identificación de Medicaid		
Dirección ( <i>si es diferente de la dirección del afiliado</i> )		
Ciudad	Estado	Código postal
Tenga en cuenta lo siguiente: Cada persona debe estar afiliada en las Partes A y B de Medicare para afiliarse. Se debe incluir una copia de la(s) tarjeta(s) del Seguro de Salud de Medicare de la Ley del Seguro Social con este formulario de afiliación.		

Autorización	
<b>Afiliación</b> Elijo afiliarme para obtener cobertura en el plan PPO y PDP de Humana Group Medicare Advantage disponibles para mí a través de la Junta de Pensiones de la Iglesia Presbiteriana (EE. UU.). Comprendo que puedo finalizar esta cobertura de forma permanente mediante el envío de una notificación por escrito. La fecha de finalización será el último día del mes para la fecha de finalización futura solicitada o el último día del mes en el que se reciba la solicitud de finalización por escrito (no se permitirán terminaciones retroactivas).	
Firma del afiliado/suscriptor ( <i>obligatoria</i> )	Fecha ( <i>mm/dd/aaaa</i> )
Firma del cónyuge ( <i>si corresponde</i> )	Fecha ( <i>mm/dd/aaaa</i> )

Envíe este formulario completo por correo postal, fax o correo electrónico a la siguiente dirección: The Board of Pensions of the Presbyterian Church (U.S.A.)		
Enviar por correo a: 2000 Market Street Philadelphia, PA 19103-3298	Enviar por fax al: 215-587-6215	Enviar por correo electrónico a: memberservices@pensions.org

