

Resumen de beneficios

Humana USAA Honor Giveback (HMO) H1036-290

Centro y norte de Florida

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Florida: Alachua, Baker, Bay, Bradford, Charlotte, Clay, Collier, Columbia, DeSoto, Duval, Escambia, Flagler, Lake, Lee, Marion, Nassau, Orange, Osceola, Putnam, Santa Rosa, Seminole, St. Johns, Sumter, Volusia, Walton.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que usted comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un representante de servicio al cliente al **888-873-0686 (TTY: 711)**.

Entender los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) provee una lista completa de todos los servicios y la cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de que se afilie. Visite **es-www.humana.com/medicare** o llame al **888-873-0686 (TTY: 711)** para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que actualmente visita se encuentren en la red. Si no están en la lista, probablemente tenga que seleccionar un médico nuevo.

Entender las reglas importantes

- ☐ Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- ☐ **Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene TRICARE, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, póngase en contacto con TRICARE. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.
- ☐ Los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores) no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia o urgencia.



Hablemos sobre Humana USAA Honor Giveback (HMO)

Obtenga más información sobre el plan Humana USAA Honor Giveback (HMO), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con este folleto fácil de usar.

Humana USAA Honor Giveback (HMO) es un plan HMO Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

La información que proveemos sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No abarca todos los servicios que cubrimos ni tampoco la totalidad de limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor refiérase a la Evidencia de cobertura del plan en nuestro sitio web, **es-www.humana.com/PlanInformation**.

Para ser elegible

Para inscribirse en Humana USAA Honor Giveback (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nombre del plan

Humana USAA Honor Giveback (HMO)

Cómo contactarnos

Si usted es afiliado de este plan, llame sin costo al: **800-457-4708 (TTY: 711)**.

Si **no** es afiliado de este plan, llame sin costo al: **888-873-0686 (TTY: 711)**.

Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede contestar su llamada durante los fines de semana y días festivos.

También puede visitar nuestro sitio web: **es-www.humana.com/Medicare**

Más información sobre Humana USAA Honor Giveback (HMO)

¿Tiene Medicare y Medicaid? Si es beneficiario con doble elegibilidad inscrito tanto en Medicare como en el programa Medicaid de su estado, posiblemente no tenga que pagar los costos médicos indicados en este folleto.

Si tiene Medicaid, asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid además de su tarjeta de afiliado de Humana para que su proveedor tenga conocimiento de que usted puede tener cobertura adicional. Humana paga primero sus servicios y luego los paga Medicaid.

Como afiliado debe seleccionar a un médico dentro de la red dentro del área de servicio que se menciona en este folleto para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Humana USAA Honor Giveback (HMO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.



Una asociación saludable

¡Obtenga más provecho de este plan — con servicios y recursos adicionales que le provee Humana!



Prima mensual, deducible y límites

Prima mensual del plan	\$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Reducción en la prima de la Parte B¹	Su plan reducirá su prima mensual de la Parte B hasta \$93 pero por no más de la prima de la Parte B de Medicare Original para el 2027.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Límite máximo de gastos de desembolso personal para cuidado médico	\$6,700 dentro de la red La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos durante el año.

¹La Administración del Seguro Social podría tardar hasta 120 días en completar el proceso. Esto significa que es posible que no vea el aumento en su cheque del Seguro Social hasta 120 días después de la fecha de vigencia de este plan. Los aumentos faltantes serán agregados a su siguiente cheque después de que se haya completado el proceso.



Beneficios médicos

COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN

Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización de paciente internado

Copago de **\$250** por día por los días 1 a 5
Copago de **\$0** por día por los días 6 a 90

COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Colonoscopia de diagnóstico Copago de **\$0**

Mamografía de diagnóstico Copago de **\$0**

Servicios de cirugía Copago de **\$350**

CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Colonoscopia de diagnóstico Copago de **\$0**

Servicios de cirugía Copago de **\$250**

CONSULTAS AL MÉDICO

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)

- Consultorio de un PCP: Copago de **\$0**
- Telesalud: Copago de **\$0**

Especialista

- Consultorio de un especialista: Copago de **\$25**
- Telesalud: Copago de **\$25**

Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **es-www.humana.com/PAL**.



Beneficios médicos (cont.)

CUIDADO PREVENTIVO

Este plan cubre todos los servicios preventivos de Medicare, los cuales incluyen:

Pruebas de detección de cáncer

- Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)
- Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal
- Prueba de detección de cáncer colorrectal
- Prueba de detección de cáncer de pulmón
- Prueba de detección de cáncer de próstata

Cuidado cardiovascular (del corazón)

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular
- Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular

Cuidado de diabetes

- Pruebas de detección de diabetes
- Capacitación para el automanejo de la diabetes
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)

Guía y apoyo dietético

- Terapia de nutrición médica
- Prueba de detección y terapia para la obesidad

Estarán cubiertos todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato.

Copago de **\$0**

Pruebas de detección y vacunas rutinarias

- Consulta de bienestar anual (AWV, por sus siglas en inglés)
- Vacunas
- Examen físico rutinario
- Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"

Pruebas de detección y servicios de asesoramiento

- Medición de la masa ósea
- Prueba de detección de la depresión
- Prueba de detección de glaucoma
- Prueba de detección de VIH
- Prueba de detección y asesoramiento para reducir el mal uso del alcohol
- Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoramiento
- Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **es-www.humana.com/PAL**.*



Beneficios médicos (cont.)

CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA

Servicios en casos de emergencia en la sala de emergencias

Si se le admite en el mismo hospital dentro de 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por el cuidado médico en casos de emergencia que recibió.

Cuando le colocan en estado de observación, el afiliado paga los costos compartidos de la observación en lugar de los costos compartidos en la sala de emergencias.

Copago de **\$130**

SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA

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

- Telesalud: Copago de **\$15**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$15**

COBERTURA EN TODO EL MUNDO

Si tiene una emergencia o un servicio que se necesita con urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado y puede solicitar un reembolso.

Si se le admite en el mismo hospital dentro de 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por el cuidado médico en casos de emergencia que recibió.

- Ambulancia de emergencia: Copago de **\$325** por fecha de servicio
- Sala de emergencias - Hospital: Copago de **\$130**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$15**

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES

Servicios de imágenes avanzadas (escaneos MRI, MRA, PET y CT)

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$200**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$335**
- Consultorio de un PCP: Copago de **\$200**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$200**

Servicios de radiología básicos (radiografías)

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$40**
- Hospital para pacientes ambulatorios: **20%** del costo
- Consultorio de un PCP: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$25**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$15**

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **es-www.humana.com/PAL**.*



Beneficios médicos (cont.)

Mamografía de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología independiente: Copago de \$0 Consultorio de un especialista: Copago de \$0
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> Hospital para pacientes ambulatorios: 20% del costo Consultorio de un PCP: Copago de \$0 Consultorio de un especialista: Copago de \$25 Centro de cuidado de urgencia: Copago de \$15
Servicios de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> Laboratorio independiente: Copago de \$0 Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$0 Consultorio de un PCP: Copago de \$0 Consultorio de un especialista: Copago de \$0 Centro de cuidado de urgencia: Copago de \$0
Medicina y servicios nucleares	<ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología independiente: Copago de \$125 Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$325
Estudio del sueño	<ul style="list-style-type: none"> Hogar del afiliado: Copago de \$0 Hospital para pacientes ambulatorios: 20% del costo Consultorio de un especialista: Copago de \$185
Radiología terapéutica (Radioterapia)	<ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología independiente: Copago de \$25 Hospital para pacientes ambulatorios: 20% del costo Consultorio de un especialista: Copago de \$25



SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN

Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de \$25
Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición	<p>Dentro de la red:</p> <p>HER104</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 para ajuste, exámenes de audición de rutina, hasta 1 por año. Copago de \$0 para consultas de seguimiento con el proveedor hasta 3 por año. Copago de \$199 para cada audífono recetado de Nivel 1, hasta 1 por oído por año. Copago de \$475 para cada audífono recetado de Nivel 2, hasta 1 por oído por año.

Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **es-www.humana.com/PAL**.



Beneficios médicos (cont.)

- Nota: Incluye 3 años de baterías por audífono no recargable (hasta 60 celdas por oído, por año) y 3 años de garantía.
- Un ajuste y tres consultas de seguimiento con el proveedor durante el primer año después de la compra del audífono, con el proveedor original.



SERVICIOS DENTALES

Servicios dentales cubiertos por Medicare

Beneficio suplementario obligatorio dental

Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más detalles.

Límites del beneficio

- Las reclamaciones enviadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica y antecedentes dentales para aprobar la cobertura.
- Es posible que los beneficios dentales conforme a este plan no cubran todos los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Americana (ADA). 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 de la cantidad máxima de cobertura de beneficios anual.
- 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**.

Proveedores de la red

- Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios cubiertos a tarifas contratadas (según el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés).
- Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas

Copago de \$25

Dentro de la red:

DEN612

- Copago de **\$0** por evaluación oral integral o examen periodontal, hasta 1 cada 3 años.
- Copago de **\$0** por radiografías panorámicas o de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años.
- Copago de **\$0** por óxido nitroso/analgesia necesarios con servicio cubierto, hasta 1 unidad por consulta.
- Copago de **\$0** por radiografía de mordida, hasta 1 por año.
- Copago de **\$0** por examen diagnóstico de emergencia, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.
- Copago de **\$0** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.
- Copago de **\$25** por empaste de amalgama, empaste de resina compuesta (parte posterior), empaste de resina compuesta (frente), hasta 1 por diente por superficie cada 2 años.
- Copago de **\$25** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años.
- Copago de **\$25** por raspado por inflamación moderada, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$1,000** por año para todos los beneficios de diagnóstico/preventivos e integrales.

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **es-www.humana.com/PAL**.*



Beneficios médicos (cont.)

negociadas (pero el pago de cualquier coseguro pertinente continúa siendo aplicable).

Encuentre un dentista en la red Humana Dental Medicare por todo el país en **es-www.humana.com/FindCare**.



SERVICIOS PARA LA VISTA

Anteojos (después de una cirugía de cataratas) Copago de **\$0**

Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare Copago de **\$0**

Servicios para la vista cubiertos por Medicare Copago de **\$25**

Beneficio suplementario obligatorio para la vista Dentro de la red **VIS854**

Puede encontrar el localizador de proveedores para beneficios suplementarios obligatorios para la vista en **es-www.humana.com/FindCare** > Ingrese el código postal > Seleccione médico > Seleccione la red de su plan (el nombre de su plan) > Seleccione > Seleccione "Especialidad" > Escriba "Optometrista" > Buscar.

Consulte a un proveedor de servicios ópticos de la red para obtener más información sobre la opción de anteojos sin costo.

Los copagos, coseguros y deducibles pagados por los beneficios suplementarios no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal.

Estos beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.

- Copago de **\$0** por examen rutinario, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$200** por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) más ajustes; o bien, 2 pares de anteojos seleccionados por año sin costo.
- Los anteojos incluyen protección ultravioleta y capa contra rayaduras.

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **es-www.humana.com/PAL**.*



Beneficios médicos (cont.)

SERVICIOS DE LA SALUD MENTAL

Pacientes internados

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

Copago de **\$250** por día por los días 1 a 5

Copago de **\$0** por día por los días 6 a 90

Consultas de terapia para la salud mental

- Hospitales para pacientes ambulatorios: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$0**
- Telesalud: Copago de **\$0**

Servicios ambulatorios para la farmacodependencia

- Hospitales para pacientes ambulatorios: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$0**
- Telesalud: Copago de **\$0**

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)

Este plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)

Copago de **\$0** por día por los días 1 a 20

Copago de **\$160** por día por los días 21 a 100

AMBULANCIA

Aérea

20% del costo

Terrestre

Copago de **\$325** por fecha de servicio

TRANSPORTE

Beneficio de transporte suplementario obligatorio

El afiliado **debe** comunicarse con el proveedor de transporte al menos 3 días hábiles antes de su cita para organizar el transporte y debería comunicarse con Atención al cliente para ser dirigido al proveedor de transporte específico de su plan.

Ciertos viajes pueden requerir aprobación previa.

Copago de **\$0** para localidades aprobadas por el plan, hasta 24 viajes sencillos por año. Este beneficio ofrece millas ilimitadas por viaje de ida.

Beneficio de transporte médico no urgente de flexibilidad uniforme

El afiliado **debe** comunicarse con el proveedor de transporte al menos 3 días hábiles antes de su cita para organizar el transporte y debería comunicarse con Atención al cliente para ser dirigido al proveedor de transporte específico de su plan.

Copago de **\$0** 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 ofrece una cantidad ilimitada de millas por viaje de ida.

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **es-www.humana.com/PAL**.*



Beneficios médicos (cont.)

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Es posible que algunos medicamentos de la Parte B reembolsables estén sujetos a un menor coseguro.

Vacunas y sueros antialérgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio de un PCP: Copago de \$0 • Consultorio de un especialista: Copago de \$0
Medicamentos para la quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital para pacientes ambulatorios: 20% del costo • Consultorio de un especialista: 20% del costo
Otros medicamentos de la Parte B	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital para pacientes ambulatorios: 20% del costo • Consultorio de un PCP: 20% del costo • Farmacia: 20% del costo • Consultorio de un especialista: 20% del costo
Insulina de la Parte B No pagará más de \$35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra este plan.	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital para pacientes ambulatorios: 20% del costo • Consultorio de un PCP: 20% del costo • Farmacia: 20% del costo • Consultorio de un especialista: 20% del costo



Beneficios de medicamentos recetados

Este plan cubre medicamentos de la Parte B que incluyen, pero no se limitan a, quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. No obstante, este plan no incluye la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.



Beneficios adicionales

Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)	Copago de \$5 por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	Copago de \$15
Servicios de podología (cubiertos por Medicare)	Copago de \$25
EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS	
Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): Copago de \$0 • Farmacia: Copago de \$0 • Farmacia preferida: Copago de \$0
Suministros para el control de la diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedor para la diabetes: 20% del costo • Farmacia minorista de la red: Copago de \$0 • Proveedor preferido para la diabetes: Copago de \$0

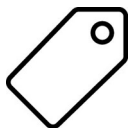
Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **es-www.humana.com/PAL**.



Beneficios adicionales (Cont.)

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	<ul style="list-style-type: none"> Proveedor de DME: 20% del costo
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) - Sistema de oxígeno	<ul style="list-style-type: none"> Proveedor de DME: Copago de \$0
Suministros médicos	<ul style="list-style-type: none"> Proveedor de suministros médicos: Copago de \$0
Dispositivos protésicos y suministros relacionados	<ul style="list-style-type: none"> Proveedor de prótesis: 20% del costo
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	
Servicios de rehabilitación cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$30 Consultorio de un especialista: Copago de \$30
Terapia ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de \$35 Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$35 Consultorio de un especialista: Copago de \$35
Terapia física	<ul style="list-style-type: none"> Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de \$35 Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$35 Consultorio de un especialista: Copago de \$35
Servicios de rehabilitación pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$30 Consultorio de un especialista: Copago de \$30
Terapia del habla	<ul style="list-style-type: none"> Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de \$35 Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$35 Consultorio de un especialista: Copago de \$35
Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para la enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés)	<ul style="list-style-type: none"> Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$25 Consultorio de un especialista: Copago de \$25

Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **es-www.humana.com/PAL**.



Más beneficios de este plan

Disfrute de algunos de estos beneficios adicionales que incluye su plan. Este es un resumen de lo que cubrimos. No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de cobertura y servicios. Visite **es-www.humana.com/PlanInformation** para ver una copia de la Evidencia de cobertura (EOC) o llame al **888-873-0686**.

Acupuntura de rutina

Copago de **\$5** por consultas de acupuntura, hasta 12 consultas por año.

Se pueden aplicar reglas de autorización.

Cuidado rutinario de los pies

Copago de **\$25** por consulta rutinaria de podología, sin límite de consultas por año.

Programa de comidas Well Dine® de Humana

Copago de **\$0** por el programa de comidas Well Dine® de Humana.

Después de su hospitalización en un hospital o centro de enfermería, es posible que sea elegible para recibir 2 comidas entregadas a domicilio por día durante 7 días (hasta 14 comidas).

Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta de su hospitalización.

Límite de 4 veces por año.

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

Subsidio trimestral de **\$50** para comprar productos de venta sin receta aprobados para la salud y el bienestar disponibles a través de nuestro proveedor de pedidos por correo OTC.

La cantidad no utilizada se transfiere al siguiente trimestre y vence al final del año del plan.

- Los montos de los subsidios trimestrales están disponibles para usar a principios de enero, abril, julio y octubre.
- Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones.

Recompensas e incentivos - Go365® by Humana

Realice actividades saludables elegibles, como pruebas de detección y exámenes preventivos, y obtenga recompensas con Go365 Plus.

Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®

Copago de **\$0** por SilverSneakers®.

El programa de acondicionamiento físico incluye acceso a centros participantes y clases de ejercicio grupales exclusivas dirigidas por instructores certificados.

Este beneficio también lo conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de clases en vivo, videos a pedido y una aplicación móvil.

Visite [SilverSneakers.com](https://www.silversneakers.com) para obtener más información sobre su beneficio.



Obtenga **más** información



¿Necesita ayuda para encontrar un médico? Puede ver el **Directorio de proveedores** de este plan en nuestro sitio web en **es-www.humana.com/FindCare** o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos uno. Muchas listas de médicos incluyen una calificación Care Highlight®. Estas calificaciones en calidad clínica y eficacia en función del costo pueden ayudarle a tomar decisiones informadas sobre el cuidado de su salud. Las calificaciones solo aparecen cuando tenemos suficiente información para medir la calidad clínica y la eficacia en función del costo de un médico. Obtenga más información en **es-www.humana.com/CareHighlight**.

Las calificaciones de calidad clínica y eficacia en función del costo están disponibles en todos los estados, excepto Alaska. Las calificaciones no están disponibles para todos los médicos. Care Highlight tiene únicamente fines informativos. Los afiliados tienen acceso a todos los médicos en la red de Humana, independientemente de si el médico tiene una calificación Care Highlight o no. Las calificaciones no deben ser la única base para seleccionar un médico. Humana no otorga pagos basados en el desempeño a los médicos según estas calificaciones. Las calificaciones no garantizan la calidad ni el resultado de los servicios de cuidado de la salud.

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

Los planes de Humana USAA Honor están disponible para cualquier persona elegible para Medicare y los veteranos deben considerar todas sus opciones de planes de salud.

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

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

Todos los nombres de productos, logotipos, marcas y marcas registradas son propiedad de sus respectivos dueños, y cualquier uso no implica aprobación.



Obtenga **más** información *(continuación)*

El beneficio de reducción de la prima de la Parte B paga parte o la totalidad de su prima de la Parte B y el monto puede cambiar según el monto que pague por la prima de la Parte B.

Humana Insurance Company paga regalías a USAA por el uso de su propiedad intelectual. USAA significa United Services Automobile Association y sus afiliados. El uso del término "afiliado de USAA" o "membresía de USAA" se refiere a la membresía en los Servicios de USAA y no transmite ningún derecho legal o de propiedad en USAA. Se aplican restricciones y están sujetas a cambios. USAA y el logotipo de USAA son marcas registradas de United Services Automobile Association. Reservados todos los derechos. Sin aval del Departamento de Defensa o agencia gubernamental.

Más información a solo un clic de distancia

Visite **es-www.humana.com/PlanInformation** para ver detalles adicionales de este plan, incluidos los beneficios y costos.

Si desea que se le envíe por correo una copia impresa de la Evidencia de cobertura, el Directorio de proveedores o la Guía de medicamentos, puede solicitarla en línea en el sitio web que se indica anteriormente, o llamar al **800-457-4708 (TTY: 711)**, las 24 horas, los siete días de la semana. Cuando llame, tenga preparada su tarjeta de identificación del afiliado de Humana. Cuando se le solicite el motivo por el cual ha llamado, diga "Evidencia de cobertura", "Guía de medicamentos" o "Directorio de proveedores".

Active su cuenta segura de MyHumana.

Su cuenta en línea de MyHumana es una parte importante de su afiliación a Humana. Utilícela para ver los detalles de este plan en cualquier momento y acceder a documentos importantes del plan en línea, todo en un solo lugar. Es fácil de usar y se adapta a sus necesidades.

¿Ya tiene una cuenta?

Visite **es-www.humana.com/Member/ManageYourAccount** e inicie sesión.

¿Todavía no tiene una cuenta?

Cree una utilizando el mismo enlace anterior en unos pocos minutos.

Recepción de información sobre otros productos de seguro

Como afiliado de Humana, podemos llamarle para ofrecerle otros productos relacionados con seguros. Puede excluirse de futuras llamadas usando el número de Atención al cliente que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.

Aviso de no discriminación

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y recursos y servicios auxiliares apropiados gratuitos para comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
 - Intérpretes acreditados para hablar por señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes acreditados
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, recursos auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese al **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Si usted cree que Humana Inc. no ha prestado estos servicios o ha discriminado por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o electrónico ante el coordinador de no discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de no discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono a:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**

Este aviso está disponible en **[es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure](https://www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure)**.

GHHNDN2026HUM_0526

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

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

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

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

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

Bàsà [Bassa]: Wuḍu-xwíniín-mú-zà-zà kùà, hwòdò-fónó-nyò,, kè nyo-bɔ̃-po-kà bɛ bɛ wa nyuɛsé wíqí pɛɛ-pɛɛdò kò. Ðá **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]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis ki disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i 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 d'assistance linguistique, d'aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **877-320-1235 (ATS : 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]: મફત 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)**.

हिंदी [Hindi]: निःशुल्क 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)**.

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

GHHNOA2026HUM_0526

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

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 សេវាកម្មជំនួយផ្សេងៗដល់អ្នកមានការពិការភាព។ 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]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໆເພື່ອຄຳໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóó naaltsoos t'áá ajilíí'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áá jik'eh hóló. **877-320-1235 (TTY: 711)** bich'í' hodiílnih.

नेपाली [Nepali]: निःशुल्क भाषा सेवा, सहायक सामग्री र वैकल्पिक ढाँचाका सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

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

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

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਾਮਗਰੀ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਢਾਂਚਾਕਾ 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]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **877-320-1235 (TTY: 711)** எண்ணை அழைக்கவும்.

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

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

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

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn ọ̀ṣẹ̀ àtìlẹ́hìn ìrànlọ́wọ̀ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ̀tọ̀ lófẹ̀ẹ̀. **Pe 877-320-1235 (TTY: 711)**.

This notice is available at <https://www.humana.com/legal/multi-language-support>.

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

22

Humana. | USAA®

Humana Inc.

P.O. Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

Información importante sobre este plan

es-www.humana.com