2027

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus Lung (HMO C-SNP) H1036-298

Treasure Coast

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Florida: Glades, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie.

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.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, probablemente tenga que seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos recetados.
- ☐ Revise el formulario (Guía de medicamentos) para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

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.
- ☐ Este plan es un plan que cubre a personas con necesidades especiales que tienen afecciones crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene una afección crónica grave o incapacitante específica que califica para el plan.

Hablemos sobre Humana Gold Plus Lung (HMO C-SNP)

Obtenga más información sobre el plan Humana Gold Plus Lung (HMO C-SNP), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con este folleto fácil de usar.

Humana Gold Plus Lung (HMO C-SNP) es un plan de Necesidades especiales 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 Gold Plus Lung (HMO C-SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, haber recibido un diagnóstico de Trastornos crónicos pulmonares y vivir en nuestra área de servicio.

Nombre del plan

Humana Gold Plus Lung (HMO C-SNP)

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 Gold Plus Lung (HMO C-SNP)

¿Tiene Medicare y Medicaid? Si es beneficiario con doble elegibilidad inscrito tanto en Medicare como en el programa de Medicaid del estado, posiblemente no tenga que pagar los costos médicos indicados en este folleto, y los costos de medicamentos recetados también pueden ser más bajos.

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 Gold Plus Lung (HMO C-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

También tiene acceso a coordinadores de cuidado de la salud. Los coordinadores de cuidado de la salud son enfermeros o coordinadores de cuidado capacitados para ayudar a mejorar la calidad de

Humana.

vida al ofrecer apoyo proactivo y coordinar servicios claves para ayudarle a manejar mejor su salud. Si tiene una enfermedad grave o afección crónica, estaremos a su servicio para apoyarlos a usted y al plan de cuidado de su médico.

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 B[1]	Su plan reducirá su prima mensual de la Parte B hasta **$119** pero por no más de la prima de la Parte B de Medicare Original para el 2027.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	Deducible de **$0** para Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3 y Nivel 6 Deducible de **$700** para Nivel 4 y Nivel 5
Límite máximo de gastos de desembolso personal para cuidado médico	**$3,350** dentro de la red La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos durante el año.

[1]La 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 **$225** por día por los días 1 a 6 Copago de **$0** por día por los días 7 a 90
COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS	
Colonoscopia de diagnóstico	Copago de **$0**
Mamografía de diagnóstico	Copago de **$0**
Servicios de cirugía	Copago de **$260**
CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA	
Colonoscopia de diagnóstico	Copago de **$0**
Servicios de cirugía	Copago de **$160**
CONSULTAS AL MÉDICO	
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	• Consultorio de un PCP: Copago de **$0** • Telesalud: 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****.*

Humana.

Beneficios médicos (cont.)

Especialista	• Consultorio de un especialista: Copago de **$20** • Telesalud: Copago de **$20**

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***.

Humana.

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 **$150**
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 **$240** por fecha de servicio • Sala de emergencias - Hospital: Copago de **$150** • 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 **$250** • 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 **$20** • Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **$110** • Consultorio de un PCP: Copago de **$0** • Consultorio de un especialista: Copago de **$20** • 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	• Centro de radiología independiente: Copago de **$0** • Consultorio de un especialista: Copago de **$0**
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	• Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **$150** • Consultorio de un PCP: Copago de **$0** • Consultorio de un especialista: Copago de **$20** • Centro de cuidado de urgencia: Copago de **$15**
Servicios de laboratorio	• 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	• Centro de radiología independiente: Copago de **$100** • Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **$250**
Estudio del sueño	• Hogar del afiliado: Copago de **$0** • Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **$150** • Consultorio de un especialista: Copago de **$150**
Radiología terapéutica (Radioterapia)	• Centro de radiología independiente: **20%** del costo • Hospital para pacientes ambulatorios: **20%** del costo • Consultorio de un especialista: Copago de **$20**

SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN

Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de **$20**
Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición	Dentro de la red: **HER108** • 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 **$575** para cada audífono recetado de Nivel 1, hasta 1 por oído por año. • Copago de **$750** 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***.

Humana.

- 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	Copago de **$20**
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	Dentro de la red: **DENJ08** • **0%** del costo por recementación de coronas, hasta 1 cada 2 años. • **0%** del costo por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año. • 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 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 radiografías intraorales, hasta 6 por año. • **30%** del costo por empaste de amalgama o resina compuesta, hasta 1 por diente por superficie cada 2 años. • **30%** del costo por raspado y alisado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años. • **30%** del costo por ajuste oclusal, hasta 1 cada 3 años. • **30%** del costo por coronas de porcelana fundidas con metal de alta nobleza, coronas de porcelana fundidas con metal noble, coronas de porcelana/cerámica, reparación de dentaduras postizas: adiciones, otros servicios de restauración: reconstrucción del muñón y postes y muñones prefabricados, hasta 1 por diente cada 5 años.

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****.*

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**.

- **30%** del costo por dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales, hasta 1 cada 5 años.
- **30%** del costo por diente por extracción simple o quirúrgica, hasta 1 de por vida.
- **30%** del costo por óxido nitroso/analgesia necesaria con servicio cubierto, hasta 1 unidad por consulta.
- **30%** del costo por rebasado de dentadura postiza, revestimiento de dentadura postiza, raspado por inflamación moderada, acondicionamiento de tejidos, hasta 1 por año.
- **30%** del costo por reparación de dentadura postiza: dientes rotos, hasta 2 por diente por año.
- **30%** del costo por ajustes de dentaduras postizas, reparación de dentadura postiza: base y armazón, tratamiento de emergencia para el dolor, anestesia general necesaria con servicio cubierto, hasta 2 por año.
- **30%** del costo por anestesia incremental necesaria con servicio cubierto, hasta según sea necesario con códigos cubiertos por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$1,500** por año para todos los beneficios de diagnóstico/preventivos e integrales.

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 **$20**

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***.

Humana.

Beneficios médicos (cont.)

Beneficio suplementario obligatorio para la vista 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.	Dentro de la red **VIS129** • Copago de **$0** por examen rutinario, hasta 1 por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$50** por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas), 1 par por año más ajustes, 1 por año. • Los anteojos incluyen protección ultravioleta y capa contra rayaduras.
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 **$225** por día por los días 1 a 6 Copago de **$0** por día por los días 7 a 90
Consultas de terapia para la salud mental	• Hospitales para pacientes ambulatorios: Copago de **$35** • Consultorio de un especialista: Copago de **$20** • Telesalud: Copago de **$20**
Servicios ambulatorios para la farmacodependencia	• Hospitales para pacientes ambulatorios: Copago de **$35** • Consultorio de un especialista: Copago de **$20** • Telesalud: Copago de **$20**
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 **$60** por día por los días 21 a 100

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.)

AMBULANCIA	
Aérea	**20%** del costo
Terrestre	Copago de **$240** por fecha de servicio
TRANSPORTE	
	Sin cobertura
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	• Consultorio de un PCP: Copago de **$0** • Consultorio de un especialista: Copago de **$0**
Medicamentos para la quimioterapia	• Hospital para pacientes ambulatorios: **20%** del costo • Consultorio de un especialista: **20%** del costo
Otros medicamentos de la Parte B	• 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.	• 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

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***.

Humana.

Beneficios de medicamentos recetados

ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN	
Copagos de $0	Copagos de **$0** en farmacias y niveles seleccionados. Más detalles a continuación
Deducible	Deducible de **$0** para Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3 y Nivel 6
Costos para insulina	No pagará más de **$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra este plan
Suministro de 100 días	Suministro de hasta 100 días de medicamentos elegibles
Cobertura de medicamentos excluidos	Cobertura de medicamentos adicional para lo siguiente: Medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés) Vitaminas recetadas
Vacunas de $0	Copago de **$0** por las vacunas cubiertas de la Parte D para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés).

DEDUCIBLE

Deducible de **$0** para Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3 y Nivel 6. Este plan tiene un deducible de **$700** para medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5. Usted paga el costo total de estos medicamentos hasta que alcance **$700**. Luego, usted solo paga su costo compartido, y entra en la Etapa de cobertura inicial.

COBERTURA INICIAL

Usted paga lo siguiente hasta que los costos de desembolso personal totales lleguen a **$2,400**. Una vez que llegue a esta cantidad, ingresará en la etapa de cobertura catastrófica.

Costos compartidos en farmacias						
	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		**Costos compartidos de pedido por correo estándar**		**Costos compartidos de pedido por correo preferido** CenterWell Pharmacy®	
Días del suministro	**30 días**	**100 días***	**30 días**	**100 días***	**30 días**	**100 días***
Nivel 1: Genéricos preferidos	$0	$0	$10	$30	$0	$0
Nivel 2: Genéricos	$0	$0	$20	$60	$0	$0
Nivel 3: De marca preferidos	16%	16%	16%	16%	16%	14%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25%	No aplica	25%	No aplica	25%	No aplica
Nivel 6: Medicamentos selectos de cuidado	$0	$0	$0	$0	$0	$0

Usted puede surtir sus medicamentos recetados de varias maneras, como a través de las farmacias de pedido por correo y minoristas. Para planes de Humana, CenterWell Pharmacy® es la farmacia preferida de pedido por correo con beneficios de costos compartidos. Para obtener más información, visite **CenterWellPharmacy.com**.

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. Para encontrar cuáles farmacias están disponibles en nuestra red, visite **es-www.humana.com/pharmacyfinder**.

*Algunos medicamentos están limitados a un suministro de 30 días y otros pueden ser elegibles para un suministro de hasta 100 días.

Costos compartidos para insulina						
	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		**Costos compartidos de pedido por correo estándar**		**Costos compartidos de pedido por correo preferido** CenterWell Pharmacy®	
Días del suministro	**30 días**	**100 días***	**30 días**	**100 días***	**30 días**	**100 días***
Nivel 1: Genéricos preferidos	$0	$0	25% hasta $10	25% hasta $30	$0	$0
Nivel 2: Genéricos	$0	$0	15% hasta $20	15% hasta $60	$0	$0
Nivel 3: De marca preferidos	16% hasta $35	16% hasta $105	16% hasta $35	16% hasta $105	16% hasta $35	14% hasta $105
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25% hasta $35	25% hasta $105	25% hasta $35	25% hasta $105	25% hasta $35	25% hasta $105
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% hasta $35	No aplica	25% hasta $35	No aplica	25% hasta $35	No aplica
Nivel 6: Medicamentos selectos de cuidado	$0	$0	$0	$0	$0	$0

*Es posible que no todos los niveles incluyan insulina. Consulte la Guía de medicamentos recetados para confirmar la cobertura de insulina.

No pagará más de **$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. Para encontrar cuáles farmacias están disponibles en nuestra red, visite **es-www.humana.com/pharmacyfinder**.

*Algunos medicamentos están limitados a un suministro de 30 días y otros pueden ser elegibles para un suministro de hasta 100 días.

COBERTURA CATASTRÓFICA

Después de que sus gastos totales de desembolso personal alcancen **$2,400**, usted paga **$0** por los medicamentos cubiertos por el plan de la Parte D y medicamentos excluidos.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS EXCLUIDOS	
Medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés)	Ciertos medicamentos con cobertura por la cantidad de costos compartidos del Nivel 1.
Vitaminas recetadas	Ciertos medicamentos con cobertura por la cantidad de costos compartidos del Nivel 1.

*Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura de Medicamentos excluidos.

AYUDA ADICIONAL

Si usted recibe Ayuda adicional para sus medicamentos tendrá un deducible de **$0**.

Antes de alcanzar su límite anual de desembolso personal de **$2,400**, pagará uno de los siguientes montos según su nivel de Ayuda adicional:

- **$5.80** por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; **$14.40** por cualquier otro medicamento; O
- **$1.65** por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; **$5.00** por cualquier otro medicamento; O
- **$0** por todos los medicamentos

Después de alcanzar su límite anual de desembolso personal de **$2,400**, usted pagará **$0** por el resto del año calendario, independientemente del nivel de Ayuda adicional que reciba. Habrá información adicional disponible en su cláusula del subsidio por ingresos limitados (cláusula LIS, por sus siglas en inglés).

Los costos compartidos pueden variar según la farmacia que elija, cuando ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D y si es elegible para obtener Ayuda adicional. Para determinar si es elegible para obtener Ayuda adicional, contacte a la Oficina del Seguro Social al 800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Para obtener más información sobre el beneficio de medicamentos recetados, llámenos o consulte nuestra Evidencia de cobertura en línea.

Si reside en un centro de cuidado médico a largo plazo dentro de la red, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista de la red. En ciertas circunstancias, podría obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero tal vez deba pagar más que lo que pagaría en una farmacia de la red.

Beneficios adicionales

Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)	Copago de **$0** por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	Copago de **$20**
Servicios de podología (cubiertos por Medicare)	Copago de **$20**

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***.

Humana.

Beneficios adicionales (Cont.)

EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS	
Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)	• 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	• Proveedor para la diabetes: **20%** del costo • Farmacia minorista de la red: Copago de **$0** • Proveedor preferido para la diabetes: Copago de **$0**
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	• Proveedor de DME: **20%** del costo
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) - Sistema de oxígeno	• Proveedor de DME: Copago de **$0**
Suministros médicos	• Proveedor de suministros médicos: **20%** del costo
Dispositivos protésicos y suministros relacionados	• Proveedor de prótesis: **20%** del costo
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	
Servicios de rehabilitación cardíaca	• Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **$10** • Consultorio de un especialista: Copago de **$10**
Terapia ocupacional	• Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de **$20** • Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **$20** • Consultorio de un especialista: Copago de **$20**
Terapia física	• Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de **$20** • Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **$20** • Consultorio de un especialista: Copago de **$20**
Servicios de rehabilitación pulmonar	• Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **$10** • Consultorio de un especialista: Copago de **$10**
Terapia del habla	• Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de **$20** • Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **$20** • Consultorio de un especialista: Copago de **$20**

Beneficios adicionales (Cont.)

Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para la enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés)

- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **$10**
- Consultorio de un especialista: Copago de **$10**

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***.

Humana.

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**.

Healthy Options Allowance® de Humana*

$50 de subsidio mensual en una tarjeta de gastos prepagada.

Todos los afiliados del plan reciben esta cantidad para comprar productos de salud y bienestar de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) aprobados en tiendas minoristas participantes o a través del proveedor de pedidos por correo de OTC aprobado por el plan.

Además, los afiliados también pueden usar este dinero para comprar comestibles, servicios públicos, alquiler y más elegibles si tienen ciertas afecciones crónicas que califican y cumplen con otros criterios del programa.

Cualquier cantidad no utilizada se transfiere cada mes y vence al final del año del plan o al cancelar la inscripción, lo que ocurra primero.

- El subsidio está disponible para usar al principio de cada mes.
- Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones.

Acupuntura de rutina

Copago de **$0** por consultas de acupuntura, hasta 25 consultas por año.

Se pueden aplicar reglas de autorización.

Cuidado rutinario de los pies

Copago de **$20** 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.

***** Este subsidio de gastos es un Beneficio(s) suplementario(s) especial(es) para afiliados con ciertas afecciones de salud crónicas, quienes requieren coordinación intensiva de cuidado y tienen un alto riesgo de hospitalización o de otros resultados adversos para la salud. Las afecciones que califican pueden incluir diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, o insuficiencia cardíaca crónica, entre otros. Algunos planes requieren al menos dos afecciones. Consulte la Evidencia de cobertura del plan para obtener detalles. Si usa este programa para el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que este se informe como ingresos. Contacte a su oficina local de HUD con preguntas.

Recompensas e incentivos - Go365® by Humana
Realice actividades saludables elegibles, como pruebas de detección y exámenes preventivos, y obtenga recompensas con Go365 Advanced.

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 para obtener más información sobre su beneficio.

Obtenga **más** información

¿Necesita ayuda para encontrar un médico o una farmacia? Puede ver el **Directorio de proveedores y farmacias** 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**.

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

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.

Humana Gold Plus Lung (HMO C-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para operar como un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) hasta el 31 de diciembre de 2027 basado en una revisión del Modelo de cuidado de Humana Gold Plus Lung (HMO C-SNP).

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.

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

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.

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.

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**.

GHHNDN2026HUM_0526

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

H1036298000

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 ቅርፀት ያላቸው 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:

Bǎsɔ́ɔ̀ [Bassa]: Wuɖu-xwíníín-mú-zà-zà kǜà, hwòɖǒ-fɔ́nɔ́-nyɔ̀,, kè nyɔ-ɓɔ̌-po-kà ɓě ɓɛ́ wa nyuɛsé wíɖí pɛ́ɛ̀-pɛ́ɛ̀ɖò kɔ.̌ 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 fòma 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 કૉલ 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 សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបានฯ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)** ฯ

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 ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

नेपाली [Nepali]: नि:शुल्क 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 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 serbisyong 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.

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

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 iṣẹ́ àtìlẹ́hìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àti ọ̀nà kíkà míràn wà lárọ̀wọ́tó lọ́fẹ̀ẹ́.
Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

H1036298000

Notas

Notas

Notas

Notas

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

Información importante sobre este plan

es-www.humana.com

H1036_SB_MAPD_HMO_298000_2027_SP_M