

Resumen de beneficios

Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP)

Este es un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad Totalmente Integrado (FIDE, por sus siglas en inglés).

Virginia

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Virginia: Accomack, Albemarle, Alexandria City, Alleghany, Amelia, Amherst, Appomattox, Arlington, Augusta, Bath, Bedford, Bland, Botetourt, Brunswick, Buckingham, Buena Vista City, Campbell, Caroline, Carroll, Charles City, Charlotte, Charlottesville City, Chesapeake City, Chesterfield, Clarke, Colonial Heights City, Covington City, Craig, Culpeper, Cumberland, Danville City, Dinwiddie, Emporia City, Essex, Fairfax, Fairfax City, Falls Church City, Fauquier, Floyd, Fluvanna, Franklin, Franklin City, Frederick, Fredericksburg City, Galax City, Giles, Gloucester, Goochland, Greene, Greenville, Halifax, Hampton City, Hanover, Harrisonburg City, Henrico, Henry, Highland, Hopewell City, Isle of Wight, James City, King George, King William, King and Queen, Lancaster, Lexington City, Loudoun, Louisa, Lunenburg, Lynchburg City, Madison, Manassas City, Manassas Park City, Martinsville City, Mathews, Mecklenburg, Middlesex, Montgomery, Nelson, New Kent, Newport News City, Norfolk City, Northampton, Northumberland, Nottoway, Orange, Page, Patrick, Petersburg City, Pittsylvania, Poquoson City, Portsmouth City, Powhatan, Prince Edward, Prince George, Prince William, Pulaski, Radford City, Rappahannock, Richmond, Richmond City, Roanoke, Roanoke City, Rockbridge, Rockingham, Salem City, Shenandoah, Southampton, Spotsylvania, Stafford, Staunton City, Suffolk City, Surry, Sussex, Virginia Beach City, Warren, Waynesboro City, Westmoreland, Williamsburg City, Winchester City, York.

Humana



Medicare and Medicaid Working Together

Lista de Comprobación Previa a la Afiliación

Antes de tomar una decisión sobre la afiliación, es importante que usted comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar con el fin de hablar con un representante de servicios para afiliados al **800-833-2364** entre las 8 a.m. y las 8 p.m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada durante los fines de semana y días festivos **(TTY: 711)**.

Entender los beneficios

- ☐ La *Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)* provee una lista completa de toda la cobertura y los servicios. 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 **800-833-2364 (TTY: 711)** para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias* (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que acude ahora estén en la red. Si no están en la lista, probablemente tenga que seleccionar un médico nuevo.
- ☐ Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para asegurarse de que la farmacia en la que obtiene 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 la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Entender las reglas importantes

- ☐ Además de la prima mensual de su plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses. Las primas de la Parte A/Parte B podrían ser pagadas por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Medicaid) de Virginia en virtud del programa Cardinal Care Medicaid.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros podrían cambiar el 1 de enero de 2027.
- ☐ **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 terminar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.
- ☐ Este plan le permite ver proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos ciertos servicios cubiertos, el proveedor debe estar de acuerdo en tratarlo. Excepto en una emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar cuidado. Además, es posible que pague un copago/coseguro más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- ☐ Este plan es un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para afiliarse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid. Este plan puede afiliar a personas elegibles para el beneficio completo doble (FBDE, por sus siglas en inglés), beneficiarios calificados de Medicare Plus (QMB+, por sus siglas en inglés) y beneficiarios de bajos ingresos especificados de Medicare Plus (SLMB+, por sus siglas en inglés).



Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) |

Resumen de beneficios 2026

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos e información sobre sus derechos como afiliado de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP). Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo del documento *Evidencia de Cobertura*.

Índice

A. Descargos de responsabilidad.....	4
B. Preguntas frecuentes (FAQ)	5
C. Lista de servicios cubiertos	9
D. Beneficios cubiertos fuera de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP)	31
E. Los servicios que Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren	31
F. Sus derechos como afiliado del plan	32
G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado	34
H. Qué hacer si sospecha de fraude	35



A. Descargos de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) para 2026. Este es solo un resumen. Lea el documento *Evidencia de Cobertura* para ver la lista completa de beneficios. Visite [es-www.humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments) para ver una copia de la EOC o llame a los números que aparecen en la parte inferior de la página.

- ❖ Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (HMO D-SNP) con un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Cuidado Médico Administrado de Cardinal Care del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Medicaid) de Virginia. La afiliación en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.
- ❖ Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO D-SNP) ha sido aprobada por el National Committee for Quality Assurance (NCQA) 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 Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO D-SNP).
- ❖ 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 comerciales son propiedad de sus respectivos dueños, y cualquier uso no implica aprobación.
- ❖ La información que brindamos sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de Cobertura* del plan en nuestro sitio web, [es-www.humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments).
- ❖ Para obtener más información sobre Medicare, puede leer el manual *Medicare & You*. Cada año en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. En ese documento, se brinda un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede acceder a este en línea, en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- ❖ Tenemos servicios de interpretación gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al 1-844-881-4482, TTY 711. Puede hacerlo los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema automático puede responder a su llamada los fines de semana y los días festivos. Alguien que habla su idioma puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.
- ❖ **Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como en letra grande, en braille o por audio. Llame al 844-881-4482, TTY 711, entre las 8 a.m. y las 8 p.m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.**
- ❖ Este documento está disponible en español de forma gratuita.
- ❖ Queremos asegurarnos de que reciba sus comunicaciones de Humana en el formato que mejor se adapte a sus necesidades.
 - Si prefiere recibir sus comunicaciones escritas en un formato alternativo, como braille, letra grande o audio, o en otro idioma, comuníquese con Servicios para Afiliados al 844-881-4482, TTY 711. Puede hacerlo los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema automático puede responder a su llamada los fines de semana y los días festivos.
 - Una vez que recibamos su solicitud, todas las comunicaciones futuras exigidas por el estado se proporcionarán en el formato que haya elegido. Si no podemos brindar materiales impresos en el formato solicitado, el afiliado recibirá esas comunicaciones por teléfono con un intérprete.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) al 844-881-4482, TTY 711, entre las 8 a.m. y las 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

- Si un afiliado elige cambiar su solicitud permanente, puede llamar a Servicios para Afiliados al 844-881-4482, TTY 711 para que se actualice su solicitud.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

En la siguiente tabla, se enumeran las preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) D-SNP?	<p>Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés): los D-SNP permiten afiliar personas que tienen derecho a recibir tanto Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y de la elegibilidad del afiliado.</p> <p>El programa de cuidado médico administrado de Medicaid de Virginia se llama Cardinal Care Managed Care (CCMC, por sus siglas en inglés). Humana Healthy Horizons in Virginia proporciona servicios de cuidado médico administrado de Medicaid a afiliados inscritos al programa CCMC en todo el estado. Las poblaciones cubiertas por el cuidado médico administrado incluyen familias de bajos ingresos y niños; personas de edad avanzada, ciegas y discapacitadas (ABD, por sus siglas en inglés); Adultos con Ingresos Brutos Ajustados Modificados (MAGI, por sus siglas en inglés) médicamente complejos (adultos de 19 a 64 años que son padres o familiares adultos cuidadores con un niño menor de 19 años); y afiliados que reciben servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés). Los afiliados inscritos en Cardinal Care están exentos de los costos compartidos.</p> <p>Los afiliados inscritos en Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) están exentos del pago de costos compartidos que se aplican a los servicios de la Parte A o Parte B de Medicare. Se asignará a todos los afiliados del plan un Coordinador de Cuidado de la Salud que ayudará al afiliado a acceder a todos los beneficios y servicios del plan.</p> <p>Para afiliarse en Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar afiliado en la Parte B de Medicare, debe vivir en el área de servicio del plan y recibir determinados niveles de asistencia del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Medicaid) de Virginia. Este plan puede afiliarse a los siguientes niveles de elegibilidad de Medicaid: Persona con Doble Elegibilidad para Beneficios Completos (FBDE, por sus siglas en inglés), Beneficiario de Medicare Elegible Plus (QMB+, por sus siglas en inglés) y Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare Plus (SLMB+, por sus siglas en inglés).</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) al 844-881-4482, TTY 711, entre las 8 a.m. y las 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare y Cardinal Care Medicaid en Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) que obtengo ahora?	<p>Obtendrá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y Cardinal Care Medicaid directamente de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP). Trabajarán con un equipo de proveedores que lo ayudarán a determinar qué servicios satisfarán mejor sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora podrían cambiar en función de sus necesidades y de la evaluación del coordinador de cuidado de la salud y de su médico. También puede obtener otros beneficios fuera de su plan de salud, de la misma manera que lo hace ahora directamente de una agencia estatal o del condado, servicios especializados de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, o servicios de centros regionales.</p> <p>Cuando se afilie a Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP), usted y su equipo de cuidado trabajarán juntos para desarrollar un plan de cuidado individualizado (ICP, por sus siglas en inglés) que aborde sus necesidades de salud y de apoyo, y refleje sus preferencias y metas personales.</p> <p>Si está tomando algún medicamento de la Parte D de Medicare que Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) habitualmente no cubre, puede obtener un suministro temporal. Le brindaremos ayuda para hacer la transición a otro medicamento u obtener una excepción para que Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubra su medicamento si es necesario por razones médicas. Medicaid puede cubrir medicamentos a través de Cardinal Care que no están cubiertos por Medicare. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran al pie de página de este documento.</p>



Preguntas frecuentes	Respuestas
<p>¿Puedo usar los mismos proveedores de cuidado de la salud que uso ahora?</p>	<p>Con frecuencia, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, puede seguir acudiendo a ellos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los proveedores que tengan un acuerdo con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan afiliados de nuestro plan y proporcionan los servicios que nuestro plan cubre. Debe utilizar los proveedores de la red de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP). Si acude a proveedores o farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios o medicamentos. Este plan le permite consultar a proveedores dentales fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos ciertos servicios cubiertos, el proveedor debe estar de acuerdo en tratarlo. Excepto en una emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar cuidado. • Si necesita cuidado médico en casos de urgencia o emergencia o servicios de diálisis fuera del área, puede acudir a proveedores fuera de la red del plan Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP). Debe recurrir a los proveedores de la red para recibir cuidado médico y servicios. Si acude a otro lugar sin autorización previa, es posible que tenga que pagar la totalidad del importe. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. • Si actualmente está bajo tratamiento con un proveedor o tiene una relación establecida con un proveedor que está fuera de la red de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP), puede seguir acudiendo a su proveedor actual por un tiempo. Llame a Servicios para Afiliados con el fin de saber qué hacer para seguir acudiendo. <p>Para averiguar si sus proveedores están en la red del plan, llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran al pie de página de este documento o lea el Directorio de Proveedores y Farmacias de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) en el sitio web del plan en es-www.humana.com/PlanDocuments.</p> <p>Si Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) es nuevo para usted, trabajaremos juntos con el fin de desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado para atender sus necesidades.</p>
<p>¿Qué es un coordinador de cuidado de la salud de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP)?</p>	<p>Un coordinador de cuidado de la salud de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) es su principal persona de contacto en nuestro plan. Esta persona ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios, y a asegurarse de que obtenga lo que necesita.</p>
<p>¿Qué son los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)?</p>	<p>Los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) brindan ayuda a personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar alimentos y tomar medicamentos. Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) proporciona LTSS si se determina que usted es elegible a través del proceso de selección de LTSS. A menudo, estos servicios se brindan en su hogar o en su comunidad, pero también podrían proporcionarse en un hogar de ancianos o en un hospital cuando sea necesario. En algunos casos, un condado u otra agencia pueden brindar estos servicios, y su equipo de cuidado trabajará con esa agencia.</p>



Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie en la red de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) puede proporcionarlo?	La mayoría de los servicios serán proporcionados por nuestros proveedores de la red. Si necesita un servicio que no se puede proporcionar dentro de nuestra red, Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubrirá los servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP)?	<p>El área de servicio de este plan incluye los siguientes condados de Virginia: Accomack, Albemarle, Alexandria City, Alleghany, Amelia, Amherst, Appomattox, Arlington, Augusta, Bath, Bedford, Bland, Botetourt, Brunswick, Buckingham, Buena Vista City, Campbell, Caroline, Carroll, Charles City, Charlotte, Charlottesville City, Chesapeake City, Chesterfield, Clarke, Colonial Heights City, Covington City, Craig, Culpeper, Cumberland, Danville City, Dinwiddie, Emporia City, Essex, Fairfax, Fairfax City, Falls Church City, Fauquier, Floyd, Fluvanna, Franklin, Franklin City, Frederick, Fredericksburg City, Galax City, Giles, Gloucester, Goochland, Greene, Greensville, Halifax, Hampton City, Hanover, Harrisonburg City, Henrico, Henry, Highland, Hopewell City, Isle of Wight, James City, King George, King William, King and Queen, Lancaster, Lexington City, Loudoun, Louisa, Lunenburg, Lynchburg City, Madison, Manassas City, Manassas Park City, Martinsville City, Mathews, Mecklenburg, Middlesex, Montgomery, Nelson, New Kent, Newport News City, Norfolk City, Northampton, Northumberland, Nottoway, Orange, Page, Patrick, Petersburg City, Pittsylvania, Poquoson City, Portsmouth City, Powhatan, Prince Edward, Prince George, Prince William, Pulaski, Radford City, Rappahannock, Richmond, Richmond City, Roanoke, Roanoke City, Rockbridge, Rockingham, Salem City, Shenandoah, Southampton, Spotsylvania, Stafford, Staunton City, Suffolk City, Surry, Sussex, Virginia Beach City, Warren, Waynesboro City, Westmoreland, Williamsburg City, Winchester City, York Counties, Virginia. Debe vivir en una de estas áreas para afiliarse al plan.</p> <p>Llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran al pie de página de este documento para obtener más información sobre si el plan está disponible en el lugar donde vive.</p>
¿Qué es una autorización previa?	<p>Autorización previa significa que usted debe obtener una aprobación de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) para buscar servicios fuera de nuestra red o para obtener servicios que no están cubiertos rutinariamente por nuestra red antes de recibir los servicios. Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) puede no cubrir el servicio, procedimiento, artículo o medicamento si usted no obtiene autorización previa.</p> <p>Si necesita cuidado médico en casos de urgencia o emergencia o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener autorización previa primero. Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) puede proporcionarles a usted o a su proveedor una lista de servicios o procedimientos que le exigen obtener autorización previa de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) antes de que se proporcione el servicio.</p> <p>Consulte el Capítulo 3 del documento <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 del documento <i>Evidencia de Cobertura</i> para saber qué servicios requieren autorización previa.</p> <p>Si tiene preguntas acerca de si se requiere autorización previa para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran al pie de página de este documento para obtener ayuda.</p>



Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un referido?	<p>Un referido significa que su proveedor de cuidado debe darle su aprobación para acudir a alguien que no es su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Un referido es diferente a una autorización previa. Si no recibe un referido de su equipo de cuidado, puede que Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) no cubra los servicios. Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) puede proporcionarle una lista de servicios que le exigen obtener un referido de su equipo de cuidado antes de que se le proporcione el servicio.</p> <p>Consulte el Capítulo 3 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre cuándo deberá obtener un referido de su equipo de cuidado.</p>
¿Pago un monto mensual (también llamado prima) conforme a Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP)?	No. Como tiene Cardinal Care, no pagará ninguna prima mensual, lo que incluye su prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.
¿Pago un deducible como afiliado de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP)?	No. No paga deducibles en Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP).
¿Cuál es la cantidad máxima de desembolso personal que pagaré por servicios médicos como afiliado de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP)?	En Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP), no hay costos compartidos para los servicios médicos, por lo que sus gastos de desembolso personal serán de \$0. Los afiliados que reciben LTSS, incluida la colocación en un centro de enfermería especializada y de cuidado personal no médico, y Servicios de Exención de CCC Plus, pueden tener un monto mensual de pago para el paciente según lo determine el Departamento de Servicios Sociales de Virginia.

C. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios que podría necesitar, sus costos y las reglas sobre los beneficios.

Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita atención hospitalaria (continúa en la página siguiente)	Cuidado de hospitalización	\$0	Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) incluye servicios de hospitalización de agudos, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. El cuidado de hospitalización comienza el día en que ingresa formalmente al hospital por indicación de un médico. El día antes de que le den de alta es su último día de hospitalización.



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita atención hospitalaria (continuación)			Goza de una cobertura por una cantidad ilimitada de días para hospitalizaciones necesarias por razones médicas. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios cubiertos de cuidado de hospitalización. Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.
	Servicios hospitalarios ambulatorios, incluida observación	\$0	Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre los servicios necesarios por razones médicas que presta el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios cubiertos de cuidados ambulatorios. A menos que el proveedor haya emitido una solicitud para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa una noche en el hospital, se lo podría considerar “paciente ambulatorio”. Si no sabe si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.
	Servicios del centro de cirugía ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés)	\$0	Si se someterá a una cirugía en un hospital, consulte a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) si va a ser paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una solicitud para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa una noche en el hospital, se lo podría considerar “paciente ambulatorio”. Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.
	Cuidado brindado por un médico o un cirujano	\$0	Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre los servicios necesarios por razones médicas que recibe de un médico o cirujano de la red mientras está en un hospital para el tratamiento de enfermedades o lesiones. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios médicos o quirúrgicos cubiertos para pacientes hospitalizados. Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) al 844-881-4482, TTY 711, entre las 8 a.m. y las 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Usted quiere usar un proveedor de cuidado de la salud (continúa en la página siguiente)	Consultas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre los servicios necesarios por razones médicas que usted recibe de un médico o cirujano de la red para el tratamiento de enfermedades o lesiones. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios cubiertos de proveedores de cuidado de la salud. Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.
	Cuidado preventivo (cuidado para evitar que se enferme, como vacunas contra la influenza y pruebas de detección de cáncer)	\$0	Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre todos los servicios preventivos cubiertos sin costo en virtud de Medicare Original, también sin costo para usted.
	Consultas de bienestar, como un examen físico	\$0	Si ha estado afiliado a la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una consulta anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su estado de salud actual y en sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Su primera consulta anual de bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> . Sin embargo, no es necesario que haya realizado una consulta de <i>Bienvenida a Medicare</i> para que se cubran las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.
	“Bienvenida a Medicare” (consulta preventiva de una única vez)	\$0	Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre la consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> . La consulta incluye una revisión de su estado de salud, así como instrucción y asesoría sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección y vacunas), y referidos a otros servicios de cuidado si fuera necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> solamente dentro de los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría concertar la consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> .



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Usted quiere usar un proveedor de cuidado de la salud (continuación)	Cuidado especializado	\$0	Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre los servicios necesarios por razones médicas que usted recibe de un especialista de la red para el tratamiento de enfermedades o lesiones. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios cubiertos de cuidados de especialistas. Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.
Necesita cuidado médico en casos de emergencia	Servicios de la sala de emergencias	\$0	Puede concurrir a cualquier sala de emergencias si considera razonablemente que necesita cuidado médico en casos de emergencia. No necesita autorización previa, y el hospital no tiene que estar dentro de la red. Tiene cobertura para cuidado médico en casos de emergencia en todo el mundo, conforme a Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP). Si tiene una emergencia fuera de EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados. Debe presentar un comprobante de pago a Humana para su reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> . Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las tarifas de proveedores fuera de EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de cualquier costo que exceda nuestras tarifas contratadas, así como de cualquier costo compartido aplicable para afiliados.
	Cuidado de urgencia	\$0	Los servicios que se necesitan con urgencia no califican como cuidado médico en casos de emergencia. No necesita autorización previa, y el centro de cuidado de urgencia no tiene que estar dentro de la red.



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita pruebas médicas	Pruebas de laboratorio y procedimientos diagnósticos, como análisis de sangre	\$0	Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico necesarios por razones médicas que usted recibe de un proveedor de la red para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios cubiertos de pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico. Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.
	Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, radiografías u otros servicios de imágenes, como TAC o RM)	\$0	Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre los servicios de radiología diagnóstica necesarios por razones médicas que usted recibe de un proveedor de la red para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios cubiertos de radiología diagnóstica. Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.
Necesita servicios para la audición (continúa en la página siguiente)	Pruebas de audición (incluidas pruebas auditivas rutinarias)	\$0	Cubierto para afiliados menores de 21 años. Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita un tratamiento médico están cubiertas como cuidados ambulatorios cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado. Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita servicios para la audición (continuación)	Audífonos (así como equipamiento y accesorios y suministros asociados)	\$0	<p>Hasta 2 audífonos recetados de la marca TruHearing cada 3 años (1 por oído cada 3 años). El beneficio se limita a los audífonos recetados TruHearing Advanced, los cuales están disponibles en varios estilos y colores. La compra de audífonos incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de seguimiento ilimitadas al proveedor durante el primer año después de la compra del audífono TruHearing • Período de prueba de 60 días • Garantía ampliada de 3 años • 80 baterías por audífono para modelos no recargables <p>Los audífonos avanzados están disponibles en opciones de estilo recargable.</p> <p>Debe consultar a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. Llame al 844-255-7144 de lunes a viernes, de 9 a.m. a 9 p.m., hora del este, para programar una cita (para TTY, marque 711).</p>



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
<p>Necesita cuidado dental</p> <p>(continúa en la página siguiente)</p>	<p>Revisiones dentales y cuidado preventivo</p>	<p>\$0</p>	<p>En general, Medicare Original no cubre los servicios dentales preventivos (tales como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales). Sin embargo, Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) paga por los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales como preparación para la radioterapia del cáncer de mandíbula o los exámenes orales previos a un trasplante de órganos. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios cubiertos de exámenes médicos dentales y cuidados preventivos.</p> <p>Cardinal Care proporciona una gama completa de cuidado dental tanto para niños como para adultos a través de DentaQuest, su Administrador de Beneficios Dentales de Medicaid. Llame al 888-912-3456 para obtener información o visite www.dentaquest.com/en/members/virginia-medicaid-dental-coverage#accordion-82f12f4b30-item-117cdd34ad.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita cuidado dental (continuación)	Cuidado dental de restauración y de emergencia	\$0	<p>Cardinal Care proporciona cobertura para cuidado dental de restauración y de emergencia. Los aparatos de ortodoncia para adultos mayores de 21 años no están cubiertos. Comuníquese con DentaQuest en el número anterior para obtener información sobre la cobertura.</p> <p>El plan cubre hasta un subsidio de \$3,000 por año para servicios dentales preventivos y completos no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de cobertura dental. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.</p> <p>Su beneficio se puede utilizar para la mayoría de los tratamientos dentales, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales preventivos, como exámenes, limpiezas rutinarias, etc. • Servicios dentales básicos, como empastes, extracciones, etc. • Servicios dentales mayores, como raspado periodontal, coronas, dentaduras postizas, conductos radiculares, puentes, etc. <p>Tenga en cuenta: El subsidio no puede utilizarse en flúor, servicios cosméticos e implantes.</p> <p>Los beneficios Dentales Suplementarios Obligatorios se proporcionan a través de Humana Dental Medicare Network. Puede encontrar el localizador de proveedores en es-www.humana.com/FindCare.</p> <p>Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer las limitaciones, las exclusiones y los descargos de responsabilidad relacionados con este beneficio.</p>
Necesita cuidado de la vista (continúa en la página siguiente)	Exámenes oculares	\$0	<p>Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre exámenes de diagnóstico y procedimientos de tratamiento optométrico proporcionados por oftalmólogos, optometristas y ópticos.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita cuidado de la vista (continuación)	Anteojos o lentes de contacto	\$0	<p>La cobertura de anteojos está limitada a los afiliados menores de 21 años, excepto como un beneficio complementario.</p> <p>Beneficio de Gafas (1 por año natural) en un proveedor de servicios ópticos de Humana Medicare Insight Network</p> <p>Copago de \$0 por hasta 1 examen de rutina por año.</p> <p>Monto máximo de cobertura de beneficios de \$450 por año para lentes de contacto, anteojos (lentes, monturas y ajuste de anteojos), lentes y monturas.</p> <p>Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con el monto máximo de cobertura de beneficios hasta 1 par por año. La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año.</p> <p>Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer las limitaciones, las exclusiones y los descargos de responsabilidad relacionados con este beneficio.</p>
	Otros cuidados de la vista (incluido el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares)	\$0	Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Medicare Original no cubre exámenes oculares rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.
Tiene una afección de salud mental (continúa en la página siguiente)	Servicios de salud mental	\$0	<p>Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) proporciona cobertura para una gama completa de servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidos servicios para trastornos por consumo de sustancias.</p> <p>Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios cubiertos de salud mental.</p> <p>Ciertos servicios especializados de salud mental de telesalud pueden estar cubiertos por servicios médicos/profesionales médicos.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Tiene una afección de salud mental (continuación)	Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios y servicios basados en la comunidad para personas que necesitan Servicios de Salud Mental	\$0	Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) brinda cobertura para servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios, lo que incluye, entre otras cosas, intervención de crisis y hospitalización psiquiátrica, administrador de casos, servicios terapéuticos y de rehabilitación, y tratamiento residencial. Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.
Necesita servicios para un trastorno por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	\$0	Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) incluye servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados y ambulatorios, así como servicios de programas de tratamiento de opiáceos (OYD, por sus siglas en inglés). Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios cubiertos de trastornos por consumo de sustancias. A través del programa de Servicios de Tratamiento de Adicciones y Recuperación de Cardinal Care (ARTS, por sus siglas en inglés), Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) brinda cobertura para una gama completa de servicios de tratamiento de adicciones, incluidos servicios ambulatorios e intensivos para pacientes ambulatorios, administrador de casos y servicios residenciales y de tratamiento de opiáceos. Si necesita Servicios de Tratamiento de Recuperación de Adicciones (ARTS), llame a la línea de ARTS: 888-445-8714 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Pueden aplicarse requisitos de autorización previa para sus beneficios de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP).



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita un lugar donde vivir en el que haya gente disponible para brindarle asistencia	Cuidado de enfermería especializada	\$0	<p>Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) brinda cobertura para cuidado en un centro de enfermería especializada y de cuidados intermedios.</p> <p>Usted tiene cobertura por hasta 100 días necesarios por razones médicas por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Un nuevo período de beneficios comenzará el primer día cuando usted se afilie por primera vez en un plan Medicare Advantage, o cuando haya sido dado de alta de la atención especializada en un centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>
	Cuidado en un hogar de ancianos	\$0	<p>Cardinal Care brinda cobertura para el Cuidado en un Hogar de Ancianos.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>
Necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, física o del habla	\$0	<p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en varios entornos ambulatorios, como departamentos de pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita ayuda para trasladarse a los servicios de salud (continúa en la página siguiente)	Servicios de ambulancia	\$0	<p>Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre servicios de ambulancia, ya sea para una situación de emergencia o no, e incluyen los servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre hasta el centro adecuado más cercano que pueda proporcionar el cuidado si se prestan a un afiliado cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del afiliado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia se requiere por razones médicas. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios cubiertos de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia para otros casos (no emergentes) deben ser aprobados por nosotros. En los casos que no constituyen una emergencia, podemos pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios para llegar a un lugar de cuidado puedan poner en riesgo su vida o su salud. Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>
	Transporte de emergencia	\$0	<p>Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre servicios de ambulancia, ya sea para una situación de emergencia o no, e incluyen los servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre hasta el centro adecuado más cercano que pueda proporcionar el cuidado si se prestan a un afiliado cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del afiliado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia se requiere por razones médicas. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios cubiertos de ambulancia</p> <p>En situaciones de emergencia, incluye transporte terrestre (ambulancia) y aéreo (avión y helicóptero). El transporte le llevará al lugar más cercano que le pueda brindar cuidado.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) al 844-881-4482, TTY 711, entre las 8 a.m. y las 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita ayuda para trasladarse a los servicios de salud (continuación)	Transporte a citas y servicios médicos	\$0	Incluye transporte a los servicios cubiertos por Medicare. Cardinal Care también ofrece cobertura a través de Medicaid para servicios de transporte médico que no sea de emergencia.
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos de la Parte B de Medicare	\$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen los medicamentos administrados por su médico en su consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos. Consulte el Capítulo 5 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre los medicamentos de la Parte B de Medicare.
	Medicamentos de la Parte D de Medicare Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos Nivel 2: Medicamentos genéricos Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Nivel 4: Medicamentos no preferidos Nivel 5: Medicamentos de nivel de especialidad	\$0 por un suministro de 30 días de medicamentos del nivel 1 y 2 en una farmacia minorista de la red. Los copagos para otros medicamentos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que obtenga. Comuníquese con el plan para obtener más información.	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)</i> de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) para obtener más información. Una vez que usted u otras personas en su nombre pagan \$2,100 , alcanza la etapa de cobertura catastrófica y paga \$0 por todos sus medicamentos de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre esta etapa. Puede obtener hasta 100 días de suministro* de la mayoría de sus medicamentos a través de las farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo de la red. * Algunos medicamentos tienen un límite de suministro de 30 días.
	Medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	\$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)</i> de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) para obtener más información. Este plan cubre ciertos beneficios OTC conforme al subsidio Healthy Options (consulte la sección Healthy Options en Servicios Adicionales).



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades especiales de salud (continúa en la página siguiente)	Servicios de rehabilitación	\$0	<p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en varios entornos ambulatorios, como departamentos de pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>
	Equipo médico para el cuidado en el hogar	\$0	<p>Los artículos cubiertos de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME que sean necesarios por razones médicas y que cubra Medicare Original. Si nuestro suministrador en su área no tiene una determinada marca o fabricante, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de suministradores está disponible en nuestro sitio web es-www.humana.com.com/findadoctor.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
<p>Necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades especiales de salud</p> <p>(continuación)</p>	<p>Servicios de diálisis</p>	<p>\$0</p>	<p>Algunos medicamentos para diálisis se cubren por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección de medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre de manera temporal fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de la <i>Evidencia de Cobertura</i>, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa a un hospital para recibir cuidados especiales). • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que le brinde ayuda con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipo y suministros de diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, consultas a trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, obtener ayuda en caso de emergencia y comprobar su equipo de diálisis y el suministro de agua). <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita cuidado de los pies	Servicios de podiatría	\$0	<p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o los espolones en el talón). • Cuidado rutinario de los pies para afiliados que tienen determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores. <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>
	Ortopedia	\$0	<p>Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre la ortopedia (excepto la dental) que sustituye total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Esta incluye, entre otros, pruebas, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como bolsas y suministros de colostomía directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos de ortodoncia, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). También incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, y su reparación y/o reemplazo. Además, cuenta con algunas coberturas después de la cirugía de extirpación o tratamiento de cataratas. Para obtener más información al respecto, consulte “Cuidado de la vista” en la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
<p>Necesita equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)</p> <p>Tenga en cuenta: Esta no es una lista completa del DME cubierto. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicios para Afiliados o consulte el Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Sillas de ruedas, muletas, andadores, nebulizadores, equipo de oxígeno y suministros</p>	<p>\$0</p>	<p>Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) brinda cobertura para sillas de ruedas, muletas y andadores, así como una amplia gama de otros artículos DME. La cobertura de DME se basa en la necesidad médica y no tiene límites máximos de beneficios.</p> <p>Cubrimos todos los DME que sean necesarios por razones médicas y que cubra Medicare Original. Si nuestro suministrador en su área no tiene una determinada marca o fabricante, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de suministradores está disponible en nuestro sitio web es-www.humana.com.com/findadoctor.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>
<p>Necesita ayuda para vivir en casa</p> <p>(continúa en la página siguiente)</p>	<p>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</p>	<p>\$0</p>	<p>Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre los servicios de salud en el hogar, incluidos cuidados de enfermería, terapias de rehabilitación y servicios de ayuda en el hogar. Además, la Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) brinda cobertura para otros servicios a largo plazo y apoyos, tales como servicios privados de enfermería. Consulte con su equipo de cuidado de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) para solicitar una evaluación LTSS para la Exención de CCC Plus.</p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe certificar que los necesita y ordenará que se los preste una agencia de cuidado de la salud en el hogar. Debe permanecer en casa, lo que significa que salir supone un gran esfuerzo. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios cubiertos de cuidado de la salud en el hogar. Para acceder a los servicios de cuidado de la salud en el hogar, comuníquese con su Coordinador de Cuidado de la Salud o con Servicios para Afiliados al número que figura al pie de página de este documento.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita ayuda para vivir en casa (continuación)	Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas, o modificaciones para el hogar, como barras de agarre	\$0	<p>Las modificaciones de la vivienda pueden estar cubiertas por Cardinal Care a través de la Exención de CCC Plus. Se pueden realizar modificaciones en su residencia principal o vehículo principal, y estas deben permitirle funcionar con mayor independencia. Comuníquese con su Coordinador de Cuidado de la Salud para obtener más información.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>
	Servicios diurnos de salud para adultos	\$0	<p>Cardinal Care proporciona estos servicios si se determina que usted es elegible a través del proceso de selección de LTSS.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>
	Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta (servicios de cuidado de la salud en el hogar o servicios de cuidado personal)	\$0	<p>Cardinal Care proporciona hasta 80 horas de servicios de cuidado personal al año. Consulte la Sección D del documento Beneficios cubiertos fuera de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) que se encuentra a continuación para conocer los servicios adicionales para los que puede ser elegible.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Servicios quiroprácticos	\$0	<p>Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. Otros servicios realizados por un quiropráctico no están cubiertos.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	<p>Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros para todas las personas que tienen diabetes (personas que se administran insulina o no). Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios y suministros cubiertos relacionados con la diabetes.</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (personas que se administran o no insulina).</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>
	Servicios protésicos	\$0	<p>Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) proporciona cobertura para prótesis necesarias por razones médicas para niños menores de 21 años y para adultos y niños cuando se recomienda como parte de un programa de rehabilitación intensiva aprobado.</p> <p>Dispositivos (no dentales) que reemplacen, en su totalidad o en parte, una parte del cuerpo o función corporal.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>
	Radioterapia	\$0	<p>Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) cubre la radioterapia (radioterapia y terapia con isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios cubiertos de radioterapia.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>
	Servicios para ayudar a manejar su enfermedad	\$0	<p>Los servicios de coordinación del cuidado de la salud se proporcionan a todos los afiliados de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP). La coordinación del cuidado de la salud brinda un nivel de servicio más intensivo si su salud lo requiere.</p>



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Beneficio de comida	\$0	<p><u>Programa de comidas Humana Well Dine®.</u></p> <p>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 a su alta. Se limita a 4 veces al año.</p> <p><u>Programa de comidas Humana Well Dine®.</u></p> <p>Reciba 2 comidas por día durante 10 días. Se entregan hasta 20 comidas en la casa del afiliado con el fin de ayudar a seguir la alimentación necesaria para la insuficiencia cardíaca crónica con la aprobación de un médico.</p> <p><u>Programa de comidas Humana Well Dine®.</u></p> <p>Reciba 2 comidas por día durante 10 días. Se entregan hasta 20 comidas en la casa del afiliado con el fin de ayudar a seguir la alimentación necesaria para la diabetes mellitus con la aprobación de un médico.</p>
	Viajes con HMO	\$0	<p>Los servicios cubiertos deben ser brindados por proveedores que formen parte de la red nacional de Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) o del Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de Medicare. Si planea viajar fuera de su área de servicio y prevé la necesidad de utilizar el Beneficio de Viajes con la HMO, se recomienda que notifique a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP).</p>



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	* Humana Healthy Options Allowance™	\$0	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para participar.</p> <p>\$315 de subsidio mensual en una tarjeta de gastos prepaga.</p> <p>Todos los afiliados del plan reciben este monto para comprar productos de salud y bienestar aprobados de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) en los minoristas participantes o a través del proveedor de pedidos por correo de productos OTC aprobados del plan.</p> <p>Además, los afiliados también pueden usar este dinero para pagar alimentos elegibles, servicios públicos, alquiler y más si tienen ciertas afecciones crónicas que califican y cumplen con otros criterios del programa.</p> <p>Cualquier monto no utilizado se registra cada mes y caduca al final del año del plan o al momento de la desinscripción, lo que ocurra primero.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El subsidio está disponible para su uso al principio de cada mes. • Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones. <p>* Este subsidio para gastos es un programa especial para afiliados con afecciones de salud específicas. Las afecciones elegibles incluyen diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, trastornos mentales crónicos y deshabilitantes, afecciones pulmonares crónicas o insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Algunos planes requieren al menos dos afecciones y se aplican otros requisitos. Consulte el <i>Manual para Afiliados</i> del plan con el fin de obtener más información. Si utiliza este programa para pagar el alquiler o servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que se declare como un ingreso si solicita asistencia. Comuníquese con su oficina local del HUD si tiene preguntas.</p>
	Recompensas e Incentivos Go365 de Humana®	\$0	Realice actividades saludables elegibles, como pruebas de detección y exámenes preventivos, y obtenga recompensas con Go365.
	Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®	\$0	Afiliación básica al centro de acondicionamiento físico, incluidas clases de acondicionamiento físico en persona y digitales.



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Asistencia para Afecciones Crónicas	\$0	<p>Si está en un programa de coordinación del cuidado de la salud y ya ha usado toda la ayuda de su plan de salud y su comunidad, es posible que pueda obtener una ayuda adicional llamada Asistencia para Afecciones Crónicas. Usted y su coordinador de cuidado de la salud trabajarán juntos con el fin de decidir cómo utilizar hasta \$1,000 cada año como ayuda para cumplir sus metas de cuidado de la salud en función de lo que permita el programa. Esta ayuda puede incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago de parte de sus gastos de cuidado de la salud, como los copagos. • Pago de facturas, como la del teléfono, el Internet, el agua, el gas o la electricidad. • Ayuda con el pago de su alquiler o hipoteca. • Compra de algunos artículos de seguridad para su hogar o baño, como barras de agarre o sillas para ducha. • Compra de elementos aprobados de venta sin receta. <p>Puede solicitar a su coordinador de cuidado de la salud la lista completa de la ayuda disponible. Las empresas elegidas por el plan le brindarán ayuda para pagar o le proveerán estos artículos y servicios. Recuerde que, si se pierden o se roban productos, Humana y estas empresas no se hacen responsables. No puede devolver artículos ni recuperar su dinero. El plan no promete el pago inmediato de sus facturas y no es responsable si estos se retrasan. Si utiliza este beneficio, acepta asumir cualquier riesgo que conlleva hacer pagos a través de otras empresas. Si no utiliza el subsidio completo antes de que finalice su plan, lo perderá.</p> <p>Para obtener una lista de reglas y productos no cubiertos, visite https://es-www.humana.com/member/chronic-condition-care-assistance-exclusion-list</p>
	Asesoramiento para dejar de fumar	\$0	<p>Cardinal Care cubre el asesoramiento para dejar el tabaco y el vapeo. El programa incluye 8 llamadas de asesoramiento durante un período de 12 meses.</p> <p>Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.</p>



Necesidad o preocupación médica	Servicios que podría necesitar	Sus costos para los proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Cuidado de relevo	\$0	Los afiliados de Cardinal Care que no estén cubiertos por un programa de exención pueden recibir hasta 240 horas de servicios de relevo por cuidador al año. Se requiere un mínimo de 4 horas por uso. Es posible que apliquen requisitos de autorización previa.

El resumen de beneficios anterior se proporciona únicamente con fines informativos y no es una lista completa de los beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la *Evidencia de Cobertura* de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP). Si no tiene una *Evidencia de Cobertura*, llame a Servicios para Afiliados de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) a los números que figuran al pie de página de este documento para obtener una. Si tiene alguna pregunta, también puede llamar a Servicios para Afiliados o visitar **es-www.humana.com**.

D. Beneficios cubiertos fuera de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP)

Hay algunos servicios que puede obtener que no están cubiertos por Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP), pero que tienen cobertura de Medicare, Medicaid o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran en el pie de página de este documento para obtener más información sobre estos servicios.

Otros servicios cubiertos directamente por Medicare o Medicaid	Sus costos
Coordinación de apoyo a la discapacidad del desarrollo	\$0
Transporte para servicios de exención proporcionados a través de las exenciones de Medicaid para la Vida Independiente (BI, por sus siglas en inglés), la Vida en la Comunidad (CL, por sus siglas en inglés) y los Apoyos Familiares e Individuales (FIS, por sus siglas en inglés).	\$0

E. Los servicios que Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen en el pie de página de este documento para obtener más información sobre otros servicios excluidos.



Servicios que Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren	
Servicios de enfermería proporcionados en un Sanatorio de la Ciencia Cristiana	Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta
Cargos por el equipo que se utiliza de manera principal y, en general, con fines no médicos, aunque el artículo tenga algún uso médico a distancia	Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos, a menos que estén en un estudio de investigación aprobado por Medicare o por nuestro plan
Lentes intraoculares no convencionales (IOL, por sus siglas en inglés) después de la cirugía de cataratas, lo que incluye lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Una función de corrección del astigmatismo de una lente intraocular • Una función de corrección de la presbicia de una lente intraocular 	Artículos personales en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor
Servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de nombre de Medicare Original y/o de la agencia estatal de Medicaid	Cirugía o procedimientos estéticos

F. Sus derechos como afiliado del plan

Como afiliado de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP), tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin recibir una sanción. También puede hacer uso de estos derechos sin perder sus servicios de cuidado de la salud. Le informaremos sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la *Evidencia de Cobertura*. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Tiene derecho al respeto, la justicia y la dignidad.** Esto incluye el derecho a:
 - o Obtener servicios cubiertos sin condicionamientos derivados de la afección médica, el estado de salud, la recepción de servicios de salud, la experiencia en reclamaciones, los antecedentes médicos, la discapacidad (incluida la discapacidad mental), el estado civil, la edad, el sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), la orientación sexual, el origen nacional, la raza, el color de la piel, la religión, el credo o asistencia pública.
 - o Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, letra grande, braille o audio) de forma gratuita.
 - o No ser sujeto a ninguna forma de restricción física o aislamiento.
- **Tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe brindarse en un idioma y formato que pueda comprender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre lo siguiente:
 - o Descripción de los servicios que cubrimos.
 - o Cómo obtener servicios.
 - o Cuánto le costarán los servicios.
 - o Nombres de los proveedores de cuidado de la salud y el coordinador de cuidado de la salud.



- **Tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, lo que incluye rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
 - o Elegir un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) y cambiarlo en cualquier momento durante el año.
 - o Usar un proveedor de cuidado de la salud para mujeres sin necesitar un referido.
 - o Obtener sus medicamentos y servicios cubiertos rápidamente.
 - o Conocer todas las opciones de tratamiento, sin importar su costo o si están cubiertas.
 - o Rechazar el tratamiento, incluso si su proveedor de cuidado de la salud le aconseja que no lo haga.
 - o Dejar de tomar medicamentos, incluso si su proveedor de cuidado de la salud le aconseja que no lo haga.
 - o Solicitar una segunda opinión. Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) pagará el costo de su visita para obtener una segunda opinión.
 - o Dar a conocer sus deseos de cuidado de la salud en instrucciones anticipadas.
- **Tiene derecho a acceder de manera oportuna a los cuidados de formas que no impliquen ningún obstáculo de comunicación o acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
 - o Obtener cuidado médico oportuno.
 - o Entrar y salir del consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa que el acceso no debe contener obstáculos para personas con discapacidades, de acuerdo con lo establecido en la Ley para Estadounidenses con Discapacidades.
 - o Disponer de intérpretes que puedan brindarle asistencia para comunicarse con sus proveedores de cuidado de la salud y su plan de cuidado de la salud.
- **Tiene derecho a solicitar cuidado de emergencia y de urgencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
 - o Obtener servicios de emergencia y cuidado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin autorización previa.
 - o Acudir a un proveedor de cuidado médico en casos de urgencia o emergencia fuera de la red, cuando sea necesario.
- **Tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
 - o Solicitar y obtener una copia de su expediente médico de una manera que pueda comprender y pedir que se hagan cambios o correcciones en su expediente.
 - o La preservación de la privacidad de su información médica personal. No se divulgará información médica personal a nadie sin su consentimiento, a menos que lo requiera la ley.
 - o Tener privacidad durante el tratamiento.
- **Tiene derecho a presentar quejas sobre sus servicios o cuidados cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
 - o Presentar una queja o una queja formal ante nosotros o nuestros proveedores. También tiene el derecho de apelar ciertas decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores.



- o Presentar una queja ante la Línea de Ayuda para Afiliados del Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608). Las quejas y preocupaciones también se pueden presentar en línea en el sitio web del Departamento en https://www.ask.vamedicaid.dmas.virginia.gov/ask-va-medicaid#/request/new/new_cs221109184714?gid=00000000-0000-0000-0000-000000000000. El sitio web de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) **es-www.humana.com/VirginiaGrievance** tiene formularios de quejas e instrucciones disponibles en línea.
- o Solicitar una apelación de los servicios o artículos de Medicaid que son de naturaleza médica.
- o Solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.
- o Recibir una explicación detallada del motivo de la denegación de servicios.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la *Evidencia de Cobertura*. Si tiene alguna pregunta, puede llamar a Servicios para Afiliados de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) a los números que figuran al pie de página de este documento.

También puede llamar a la Oficina Estatal del Mediador de Cuidado a Largo Plazo de Virginia para obtener ayuda. Un “mediador” es un defensor que puede ayudarle a resolver problemas con la cobertura del plan, los beneficios del plan, el cuidado de la salud, el cuidado de la salud conductual y los servicios y apoyos de cuidado a largo plazo. Puede comunicarse con el Mediador al 800-552-5019 (los usuarios de TTY pueden llamar al servicio de retransmisión de Virginia al 711).

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene una queja o piensa que Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) debe cubrir algo que negamos, llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran al pie de página de este documento. Puede hacerlo los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema automático puede responder a su llamada los fines de semana y los días festivos. Puede presentar una queja o apelar nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta sobre quejas y apelaciones, lea el **Capítulo 9** de la *Evidencia de Cobertura*. También puede llamar a Servicios para Afiliados de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) a los números que figuran al pie de página de este documento.

Para quejas, quejas formales, apelaciones, así como para el proceso de quejas, comuníquese con nosotros a través de los siguientes medios:

Por correo:
Humana Grievance & Appeals
PO Box 14163
Lexington, KY 40512-4163

Por fax:
844-881-4482

Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) rechaza una apelación por un servicio cubierto por Medicare o Medicaid, automáticamente remitiremos la apelación a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) para su revisión. Si la IRE niega la apelación, usted puede solicitar una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) para beneficios de Medicare, o puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal de Medicaid para beneficios cubiertos por Medicaid. Puede presentar una solicitud para una Audiencia Imparcial Estatal ante el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Medicaid) de Virginia, dentro de 120 días naturales a partir de la fecha de la carta de notificación de determinación de apelación adversa de Humana.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) al 844-881-4482, TTY 711, entre las 8 a.m. y las 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Si el ALJ rechaza una solicitud de apelación para los servicios cubiertos por Medicare, entonces usted puede solicitar una revisión por parte de la Junta de Apelaciones Departamentales. Cualquier revisión adicional de los servicios cubiertos por Medicare se solicitaría al tribunal federal. Si el Funcionario de Audiencias Imparciales Estatales niega una solicitud de apelación para los servicios cubiertos por Medicaid, entonces usted puede solicitar una revisión a través del sistema judicial.

H. Qué hacer si sospecha de fraude

La mayoría de los profesionales de cuidado de la salud y las organizaciones que proporcionan servicios son honestos. Desafortunadamente, puede haber algunos que sean deshonestos.

Si cree que un médico, un hospital u otra farmacia están haciendo algo incorrecto, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios para Afiliados de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP). Los números de teléfono se encuentran en el pie de página de este documento.
- O bien, llame a la Línea de Ayuda de Cuidado Médico Administrado de Medicaid de Virginia al 1-800-643-2273. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-817-6608.
- Llame a la Unidad de Control de Fraude de Medicaid de Virginia al 1-800-371-0824 o al 1-804-371-0779 (los usuarios de TTY deben marcar el 711 para el servicio de retransmisión de Virginia), o por correo electrónico a MFCU_mail@oag.state.va.us.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Las llamadas a estos números son gratuitas.



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, estado militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud ni por necesidades de servicios de salud. Humana Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, además de recursos y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes de lengua de señas acreditados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos asequibles, entre otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, que pueden incluir lo siguiente:
 - Intérpretes acreditados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, recursos auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, llame 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 le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición 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 o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de prevención de la 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 prevención de la discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

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

- 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)**.

Afiliados de California:

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud de California llamando al **916-440-7370 (TTY: 711)**, o enviando un correo electrónico a **Civilrights@dhcs.ca.gov**, o un correo postal a: Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. Los formularios de presentar quejas están disponibles en **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**.
GHHNDN2025HUM



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) al 844-881-4482, TTY 711, entre las 8 a.m. y las 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Aviso de Disponibilidad - Aviso de Servicios y Ayudas Auxiliares

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) al 844-881-4482, TTY 711, entre las 8 a.m. y las 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

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 សេវាកម្មជំនួយប្រភេទផ្សេងៗដល់អ្នកមានការពិការភាព។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)**។

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bàsà [Bassa]: Wuḍu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, Hwòdǒ-fónó-nyo, kè nyo-baŋn-po-kà bě bé nyuεε se wídí p'éè-p'éè dǒ ko. **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

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

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn isẹ àtilẹhin ìrànlowọ èdè, àti ònà kíkà mírán wà lárọwótó. Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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



Medicare and Medicaid Working Together

Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de identificación de afiliados, llame a Servicios para Afiliados de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP):

844-881-4482

Las llamadas a este número son gratuitas entre las 8 a.m. y las 8 p.m., los 7 días de la semana.

El Servicio de Atención al Cliente también dispone de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades de audición o habla.

Las llamadas a este número son gratuitas entre las 8 a.m. y las 8 p.m., los 7 días de la semana.

Si tiene preguntas sobre su salud:

Llame a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Siga las instrucciones de su PCP para obtener cuidados cuando el consultorio esté cerrado.

Si el consultorio de su PCP está cerrado, también puede llamar a la Línea de Triage Clínico, disponible las 24 horas.

Un profesional de enfermería escuchará su problema y lo informará sobre cómo obtener cuidados. (Ejemplo: cuidado de conveniencia, cuidado de urgencia, sala de emergencias). El número de la Línea de Triage Clínico con atención las 24 horas es:

888-445-8714

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) también tiene servicios de interpretación de idiomas gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si necesita cuidado de la salud conductual inmediato, llame a la Línea de Triage Clínico con atención las 24 horas:

888-445-8714

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) también tiene servicios de interpretación de idiomas gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

