2027

Resumen de beneficios

Humana Together in Health (PPO I-SNP) H5216-416

Tennessee

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Tennessee: Anderson, Bedford, Benton, Bledsoe, Blount, Bradley, Campbell, Cannon, Carroll, Carter, Cheatham, Chester, Claiborne, Clay, Cocke, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Dickson, Dyer, Fayette, Fentress, Franklin, Gibson, Giles, Grainger, Greene, Grundy, Hamblen, Hamilton, Hancock, Hardeman, Hardin, Hawkins, Haywood, Henderson, Henry, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Jefferson, Johnson, Knox, Lake, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Loudon, Macon, Madison, Marion, Marshall, Maury, McMinn, McNairy, Meigs, Monroe, Montgomery, Moore, Morgan, Obion, Overton, Perry, Pickett, Polk, Putnam, Rhea, Roane, Robertson, Rutherford, Scott, Sequatchie, Sevier, Shelby, Smith, Stewart, Sullivan, Sumner, Tipton, Trousdale, Unicoi, Union, Van Buren, Warren, Washington, Wayne, Weakley, White, Williamson, Wilson.

Lista de verificación previa a la inscripción

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

Entender los beneficios

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

Entender las reglas importantes

- ☐ Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- ☐ **Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene TRICARE, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, póngase en contacto con TRICARE. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.
- ☐ Este plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar proveerle tratamiento. Los proveedores no contratados pueden negar el cuidado médico, excepto en una situación de emergencia o urgencia. Además, es posible que pague un copago/coseguro más alto por los servicios provistos de los proveedores no contratados.
- ☐ Este es un plan de necesidades especiales institucional (I-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted, durante 90 días o más, haya tenido o se espera que necesite el nivel de servicios proporcionados en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), un centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés), un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo (ICF/IDD, por sus siglas en inglés), un hospital o unidad de psiquiatría, un hospital o unidad de rehabilitación, un hospital de cuidado a largo plazo, un hospital de camas de uso múltiple, o un centro aprobado por CMS que proporciona servicios similares.



Hablemos sobre Humana Together in Health (PPO I-SNP)

Obtenga más información sobre el plan Humana Together in Health (PPO I-SNP), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con este folleto fácil de usar.

Humana Together in Health (PPO I-SNP) es un plan de cuidado coordinado LPPO con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

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

Para ser elegible

Para inscribirse en Humana Together in Health (PPO I-SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nombre del plan

Humana Together in Health (PPO I-SNP)

Cómo contactarnos

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

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

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

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

Más información sobre Humana Together in Health (PPO I-SNP)

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

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

Como afiliado, es buena idea seleccionar a un médico para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP). Humana Together in Health (PPO I-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores.



Una asociación saludable

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

Prima mensual, deducible y límites

COSTOS DEL PLAN

Prima mensual del plan	**$0** Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible médico *Usted paga la misma cantidad que pagaría con Medicare original.	**$283*** deducible combinado Los siguientes servicios enumerados están excluidos del deducible combinado de la Parte B dentro y fuera de la red: Solo dentro de la red: Servicios de ambulancia Medicamentos para quimioterapia y administración Monitor continuo de glucosa Suministros para el control de la diabetes Colonoscopia de diagnóstico Mamografía de diagnóstico Equipo médico duradero Otros medicamentos de la Parte B de Medicare Servicios hematológicos para pacientes ambulatorios Servicios de la Parte A (paciente internado, enfermería especializada y cuidado de la salud en el hogar) Tanto dentro como fuera de la red: Servicios de sala de emergencias Servicios preventivos cubiertos por Medicare Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare Servicios no cubiertos por Medicare original (es decir, beneficios suplementarios) Servicios que se necesitan con urgencia en centros de cuidado de urgencia
Deducible de farmacia (Parte D)	Deducible de **$0** para Nivel 1 y Nivel 2 Deducible de **$100** para Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5
Límite máximo de gastos de desembolso personal para cuidado médico	**$9,850** dentro de la red **$14,800** combinado dentro y fuera de la red La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos durante el año.

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Humana.

Beneficios médicos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN		
Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización de paciente internado.	Copago de **$612** por día por los días 1 a 4 Copago de **$0** por día por los días 5 a 90	Copago de **$612** por día por los días 1 a 4 Copago de **$0** por día por los días 5 a 90
COBERTURA HOSPITALARIA AMBULATORIA		
Colonoscopia de diagnóstico	**20%** del costo	**20%** del costo
Mamografía de diagnóstico	**20%** del costo	**20%** del costo
Servicios de cirugía	**20%** del costo	**20%** del costo
CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA		
Colonoscopia de diagnóstico	**20%** del costo	**20%** del costo
Servicios de cirugía	**20%** del costo	**20%** del costo
CONSULTAS AL MÉDICO		
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)		
• Consultorio de un PCP	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Telesalud	Copago de **$0**	**Sin cobertura**
Especialista		
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
• Telesalud	**20%** del costo	**Sin cobertura**
CUIDADO PREVENTIVO		
Este plan cubre todos los servicios preventivos de Medicare, los cuales incluyen: **Pruebas de detección de cáncer** • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Prueba de detección de cáncer colorrectal	Copago de **$0**	Copago de **$0**.

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
• Prueba de detección de cáncer de pulmón • Prueba de detección de cáncer de próstata		
Cuidado cardiovascular (del corazón) • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular • Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular		
Cuidado de diabetes • Pruebas de detección de diabetes • Capacitación para el automanejo de la diabetes • Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)		
Guía y apoyo dietético • Terapia de nutrición médica • Prueba de detección y terapia para la obesidad		
Pruebas de detección y vacunas rutinarias • Consulta de bienestar anual (AWV, por sus siglas en inglés) • Vacunas • Examen físico rutinario • Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"		

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Pruebas de detección y servicios de asesoramiento • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de la depresión • Prueba de detección de glaucoma • Prueba de detección de VIH • Prueba de detección y asesoramiento para reducir el mal uso del alcohol • Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco Estarán cubiertos todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato.		
CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA		
Servicios en casos de emergencia en la sala de emergencias Si se le admite en el mismo hospital dentro de 24 horas por la misma afección, usted paga $0 por el cuidado médico en casos de emergencia que recibió.	Copago de **$115**	Copago de **$115**

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA		
• **Telesalud** • **Centro de cuidado de urgencia** Los servicios que se necesitan con urgencia se proveen para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata.	**20%** del costo **20%** del costo	**Sin cobertura** **20%** del costo
COBERTURA EN TODO EL MUNDO		
• **Ambulancia de emergencia** • **Sala de emergencias - Hospital** • **Centro de cuidado de urgencia** Si tiene una emergencia o un servicio que necesita con urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado y puede solicitar un reembolso. Si se le admite en el mismo hospital dentro de 24 horas por la misma afección, usted paga $0 por el cuidado médico en casos de emergencia que recibió.		**20%** del costo Copago de **$115** **20%** del costo

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES		
Servicios de imágenes avanzadas (escaneos MRI, MRA, PET y de CT)		
• Centro de radiología independiente	**20%** del costo	**20%** del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio de un PCP	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
Servicios de radiología básicos (radiografías)		
• Centro de radiología independiente	**20%** del costo	**20%** del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
• Centro de cuidado de urgencia	**20%** del costo	**20%** del costo
Mamografía de diagnóstico		
• Centro de radiología independiente	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
Procedimientos y pruebas de diagnóstico		
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
• Centro de cuidado de urgencia	**20%** del costo	**20%** del costo

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios de laboratorio		
• Laboratorio independiente	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Consultorio de un PCP	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Consultorio del especialista	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Servicios y medicina nuclear		
• Centro de radiología independiente	**20%** del costo	**20%** del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
Estudio del sueño		
• Hogar del afiliado	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
Radiología terapéutica (Radioterapia)		
• Centro de radiología independiente	**20%** del costo	**20%** del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN		
Servicios para la audición cubiertos por Medicare	**20%** del costo	**20%** del costo
Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición	**HER122** • Copago de **$0** para exámenes de audición de rutina, hasta 1 por año. • Copago de **$0** para ajuste hasta 1 por año.	**HER122** • **95%** del costo para exámenes de audición de rutina, hasta 1 por año. • **95%** del costo para ajuste hasta 1 por año.

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Humana.

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
	• Copago de **$0** para consultas de seguimiento con el proveedor hasta 3 por año. • Copago de **$0** para cada audífono recetado de Nivel 1, hasta 1 por oído por año. • Copago de **$275** para cada audífono recetado de Nivel 2, hasta 1 por oído por año. • Nota: Incluye 3 años de baterías por audífono no recargable (hasta 60 celdas por oído, por año) y 3 años de garantía. • Un ajuste y tres consultas de seguimiento con el proveedor durante el primer año después de la compra del audífono, con el proveedor original.	• **95%** del costo para consultas de seguimiento con el proveedor hasta 3 por año. • **95%** del costo para cada audífono recetado, hasta 1 por oído por año. • Se requiere que el afiliado pague el costo total en el momento del servicio cuando utilice un proveedor fuera de la red. • Para recibir un reembolso de Humana por artículos/servicios elegibles, el afiliado debe presentar la documentación requerida. • El reembolso se limitará a un máximo del **5%** del costo del monto permitido en artículos/servicios elegibles. • Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a los máximos, limitaciones o exclusiones de beneficios dentro de la red.
SERVICIOS DENTALES		
Servicios dentales cubiertos por Medicare	**20%** del costo	**20%** del costo
Beneficio suplementario obligatorio de servicios dentales Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más detalles.	**DEN968** • Copago de **$0** por empaste de amalgama o resina compuesta, hasta 1 por diente por superficie cada 2 años.	**DEN968** • Copago de **$0** por empaste de amalgama o resina compuesta, hasta 1 por diente por superficie cada 2 años.

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Límites del beneficio • Las reclamaciones enviadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica y antecedentes dentales para aprobar la cobertura. • Es posible que los beneficios dentales conforme a este plan no cubran todos los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Americana (ADA). Los servicios recibidos que no estén enumerados no tendrán cobertura del plan y serán responsabilidad del afiliado. • El afiliado es responsable de cualquier cantidad por encima de la cantidad máxima de cobertura de beneficios anual. • Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. La información sobre cada plan está disponible en **es-www.humana.com/sb**. **Proveedores de la red** • Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios cubiertos a tarifas contratadas (según el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). • Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una	• Copago de **$0** por recementación de coronas, hasta 1 cada 2 años. • Copago de **$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años. • Copago de **$0** por evaluación oral integral o examen periodontal, ajuste oclusal, hasta 1 cada 3 años. • Copago de **$0** por coronas, reparación de dentadura postiza: adiciones, y otros servicios de restauración: reconstrucción del muñón y postes y muñones prefabricados, hasta 1 por diente cada 5 años. • Copago de **$0** por pónticos de puente, dentaduras postizas completas, radiografías panorámicas o de diagnóstico, dentaduras postizas parciales, hasta 1 cada 5 años. • Copago de **$0** por coronas de puente, hasta 2 cada 5 años. • Copago de **$0** por diente por conducto radicular, retratamiento de conducto radicular, extracción simple o quirúrgica, hasta 1 de por vida. • Copago de **$0** por óxido nitroso/analgesia necesarios con servicio cubierto, hasta 1 unidad por consulta. • Copago de **$0** por radiografía de mordida, recementación de	• Copago de **$0** por recementación de coronas, hasta 1 cada 2 años. • Copago de **$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años. • Copago de **$0** por evaluación oral integral o examen periodontal, ajuste oclusal, hasta 1 cada 3 años. • Copago de **$0** por coronas, reparación de dentadura postiza: adiciones, y otros servicios de restauración: reconstrucción del muñón y postes y muñones prefabricados, hasta 1 por diente cada 5 años. • Copago de **$0** por pónticos de puente, dentaduras postizas completas, radiografías panorámicas o de diagnóstico, dentaduras postizas parciales, hasta 1 cada 5 años. • Copago de **$0** por coronas de puente, hasta 2 cada 5 años. • Copago de **$0** por diente por conducto radicular, retratamiento de conducto radicular, extracción simple o quirúrgica, hasta 1 de por vida. • Copago de **$0** por óxido nitroso/analgesia necesarios con servicio cubierto, hasta 1 unidad por consulta. • Copago de **$0** por radiografía de mordida, recementación de

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas negociadas (pero el pago de cualquier coseguro pertinente continúa siendo aplicable). Consultar a un proveedor dentro de la red puede resultar en ahorros significativos. Los beneficios suplementarios obligatorios dentales se proveen a través de la red de Medicare de Humana Dental. Se puede encontrar el localizador de proveedores para nuestra red de todo el país en **es-www.humana.com/FindCare**. **Proveedores fuera de la red** • Los dentistas fuera de la red no han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas. • El proveedor fuera de la red puede facturar al afiliado más que lo que el plan paga, aun por servicios mencionados sin costo compartido para los afiliados. Los afiliados son responsables por esta diferencia entre el reembolso de Humana y los cargos del proveedor fuera de la red. Esto se llama facturación del saldo. • Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones de beneficios dentro de la red.	puentes, rebasado de dentadura postiza, revestimiento de dentadura postiza, raspado por inflamación moderada, acondicionamiento de tejidos, hasta 1 por año. • Copago de **$0** por reparación de dentadura postiza: dientes rotos, hasta 2 por diente por año. • Copago de **$0** por ajustes de dentaduras postizas, reparación de dentaduras postizas: base y armazón, examen diagnóstico de emergencia, tratamiento de emergencia para el dolor, anestesia general necesaria con servicio cubierto, cirugía oral, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. • Copago de **$0** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año. • Copago de **$0** por radiografías intraorales, hasta 6 por año. • Copago de **$0** por año para anestesia incremental necesaria con servicio cubierto, hasta según sea necesario con códigos cubiertos. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$1,000** combinados por año por todos los beneficios de diagnóstico/preventivos e integrales.	puentes, rebasado de dentadura postiza, revestimiento de dentadura postiza, raspado por inflamación moderada, acondicionamiento de tejidos, hasta 1 por año. • Copago de **$0** por reparación de dentadura postiza: dientes rotos, hasta 2 por diente por año. • Copago de **$0** por ajustes de dentaduras postizas, reparación de dentaduras postizas: base y armazón, examen diagnóstico de emergencia, tratamiento de emergencia para el dolor, anestesia general necesaria con servicio cubierto, cirugía oral, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. • Copago de **$0** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año. • Copago de **$0** por radiografías intraorales, hasta 6 por año. • Copago de **$0** por año para anestesia incremental necesaria con servicio cubierto, hasta según sea necesario con códigos cubiertos. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$1,000** combinados por año por todos los beneficios de

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
• El proveedor fuera de la red puede facturar a los afiliados cualquier cantidad superior al pago realizado por Humana al proveedor. Consulte arriba las instrucciones para el localizador de proveedores. **Reembolsos de proveedores** • Los proveedores de la red aceptan facturarnos directamente a nosotros. Si un proveedor que no pertenece a nuestra red no está dispuesto a facturarnos directamente, es posible que usted tenga que pagar por adelantado y enviar una solicitud de reembolso. • El nivel de coseguro se aplicará al cuadro de tarifas dentro de la red (INFS, por sus siglas en inglés) negociadas promedio en su área. • Consulte el Capítulo 2, Solicitudes de pago - Información de contacto en su Evidencia de cobertura, o visite **es-www.humana.com** para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso.		diagnóstico/preventivos e integrales. • Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones o exclusiones de beneficios dentro de la red.
SERVICIOS PARA LA VISTA		
Anteojos (después de una cirugía de cataratas)	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare	Copago de **$0**	Copago de **$0**

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios para la vista cubiertos por Medicare Puede encontrar el localizador de proveedores de servicios para la vista cubiertos por Medicare en **es-www.humana.com/FindCare**.	**20%** del costo	**20%** del costo
Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la vista Infórmele al proveedor de la red que usted pertenece a la red Humana Medicare Insight. TENGA EN CUENTA: la red de proveedores para sus beneficios suplementarios de servicios para la vista a través de la red Humana Medicare Insight puede ser diferente a la red de proveedores para los beneficios de servicios para la vista cubiertos por Medicare. Puede encontrar el localizador de proveedores en **es-www.humana.com/FindCare**. El beneficio se aplica al precio minorista. El afiliado es responsable de cualquier costo que supere la cantidad aprobada por el plan. Los materiales perdidos o dañados no están cubiertos. Este beneficio se limita a un solo uso por año. Los dólares que sobren del beneficio no se "transfieren" a una compra futura. Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad	**VIS752** • Copago de **$0** por examen rutinario, hasta 1 por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **$75** por año para examen rutinario. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$150** por año para lentes de contacto o anteojos: lentes y monturas, ajustes para anteojos: lentes y monturas. • O • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$250** por año en un proveedor PLUS para lentes de contacto o anteojos-lentes y monturas, ajustes para anteojos-lentes y monturas. • Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año. • La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año. • No se pueden combinar las cantidades máximas de cobertura de beneficios.	**VIS752** • Copago de **$0** por examen rutinario, hasta 1 por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **$75** por año para examen rutinario. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **$150** por año para lentes de contacto o anteojos-lentes y monturas, ajustes para anteojos-lentes y monturas. • Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año. • La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año. • Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones de beneficios dentro de la red • No se pueden combinar las cantidades máximas de cobertura de beneficios.

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año. Los beneficios se ofrecen en base al calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. Los copagos, coseguros y deducibles pagados por los beneficios suplementarios no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal.	Los proveedores PLUS forman parte de Humana Medicare Insight Network y mostrarán el indicador de proveedores PLUS en los resultados de búsqueda del localizador de proveedores en **es-www.humana.com/FindCare**.	
SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL		
Paciente internado Este plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Copago de **$1,872** por admisión	Copago de **$1,872** por admisión
Consultas de terapia para la salud mental		
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
• Telesalud	**20%** del costo	**Sin cobertura**
Servicios ambulatorios para la farmacodependencia		
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
• Telesalud	**20%** del costo	**Sin cobertura**
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)		
Este plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF)	Copago de **$0** por día por los días 1 a 100	Copago de **$0** por día por los días 1 a 100
AMBULANCIA		
	20% del costo	**20%** del costo

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Humana.

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
TRANSPORTE		
	Sin cobertura	**Sin cobertura**
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE Es posible que algunos medicamentos de la Parte B reembolsables estén sujetos a un menor coseguro.		
Vacunas y sueros antialérgicos:		
• Consultorio de un PCP	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Consultorio del especialista	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Medicamentos para quimioterapia		
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
Otros medicamentos de la Parte B		
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio de un PCP	**20%** del costo	**20%** del costo
• Farmacia	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
Insulina de la Parte B		
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio de un PCP	**20%** del costo	**20%** del costo
• Farmacia	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
No pagará más de **$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra este plan.		

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Beneficios de medicamentos recetados

ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN	
Deducible	Deducible de **$0** para Nivel 1 y Nivel 2
Costos para insulina	No pagará más de **$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra este plan
Suministro para 100 días	Suministro de hasta 100 días de medicamentos elegibles
Vacunas de $0	Copago de **$0** por las vacunas cubiertas de la Parte D para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés).

DEDUCIBLE

Deducible de **$0** para Nivel 1 y Nivel 2. Este plan tiene un deducible de **$100** para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Usted pagará el costo total de estos medicamentos hasta que alcance los **$100**. Luego, solo paga su costo compartido, y entra en la Etapa de cobertura inicial.

COBERTURA INICIAL

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

Costos compartidos en farmacias						
	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		**Costos compartidos de pedido por correo estándar**		**Costos compartidos de pedido por correo preferido** CenterWell Pharmacy®	
Días de suministro	**30 días**	**100 días***	**30 días**	**100 días***	**30 días**	**100 días***
Nivel 1: Genéricos preferidos	24%	24%	25%	25%	24%	0%
Nivel 2: Genéricos	25%	25%	25%	25%	25%	0%
Nivel 3: De marca preferidos	25%	25%	25%	25%	25%	25%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	28%	28%	28%	28%	28%	28%
Nivel 5: Nivel de especialidad	32%	No aplica	32%	No aplica	32%	No aplica

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

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

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

Costos compartidos para insulina						
	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		**Costos compartidos de pedido por correo estándar**		**Costos compartidos de pedido por correo preferido** CenterWell Pharmacy®	
Días del suministro	**30 días**	**100 días***	**30 días**	**100 días***	**30 días**	**100 días***
Nivel 1: Genéricos preferidos	24% hasta $35	24% hasta $105	25% hasta $35	25% hasta $105	24% hasta $35	$0
Nivel 2: Genéricos	25% hasta $35	25% hasta $105	25% hasta $35	25% hasta $105	25% hasta $35	$0
Nivel 3: De marca preferidos	25% hasta $35	25% hasta $105	25% hasta $35	25% hasta $105	25% hasta $35	25% hasta $105
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25% hasta $35	25% hasta $105	25% hasta $35	25% hasta $105	25% hasta $35	25% hasta $105
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% hasta $35	No aplica	25% hasta $35	No aplica	25% hasta $35	No aplica

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

No pagará más de **$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto por el plan independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

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

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

COBERTURA CATASTRÓFICA

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

AYUDA ADICIONAL

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

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

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

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

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

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

Beneficios adicionales

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)	Coseguro del **20%** por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.	Coseguro del **20%** por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones del beneficio dentro de la red.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Servicios de podología (cubiertos por Medicare)	**20%** del costo	**20%** del costo
EQUIPO / SUMINISTROS MÉDICOS		
Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)		
• Proveedor de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	**20%** del costo	**20%** del costo
• Farmacia	**20%** del costo	**20%** del costo
• Farmacia preferida	**20%** del costo	**Sin cobertura**
Suministros para el control de la diabetes		
• Proveedor para la diabetes	**20%** del costo	**20%** del costo
• Farmacia minorista de la red	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Proveedor preferido para la diabetes	Copago de **$0**	**Sin cobertura**
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	**20%** del costo	**20%** del costo
Suministros médicos de un proveedor de suministros médicos	**20%** del costo	**20%** del costo
Prótesis y suministros relacionados de un proveedor de prótesis	**20%** del costo	**20%** del costo

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Humana.

Beneficios adicionales (Cont.)

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Servicios de rehabilitación cardíaca		
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
Terapia ocupacional		
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Consultorio del especialista	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Terapia física		
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Consultorio del especialista	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Servicios de rehabilitación pulmonar		
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
Terapia del habla		
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Consultorio del especialista	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para la enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés):		
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***es-www.humana.com/PAL****.*

Más beneficios de este plan

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

Cuidado rutinario de los pies

- Dentro de la red: Copago de **$0** por consultas de podología de rutina, hasta 4 consultas por año.
- Fuera de la red: Copago de **$0** por consultas de podología de rutina, hasta 4 consultas por año.

Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones o exclusiones de beneficios dentro de la red.

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

$30 de subsidio mensual para comprar productos de salud y bienestar de venta sin receta aprobados que están disponibles a través de nuestro proveedor de pedidos por correo de artículos de venta sin receta.

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

- El subsidio está disponible para usar el primer día de cada mes.
- Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones.

Fuera de la red: Coseguro del **95%** por productos de salud y bienestar de venta sin receta aprobados hasta **$30** de cantidad del subsidio mensual.

Se requiere que el afiliado pague el costo total en el momento del servicio cuando utilice un proveedor fuera de la red.

Para recibir un reembolso de Humana por artículos/servicios elegibles, el afiliado debe presentar la documentación requerida.

El reembolso se limitará a un máximo del **5%** de la cantidad permitida en artículos/servicios elegibles.

Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones o exclusiones de beneficios dentro de la red.

Terapia musical como beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés)*

Sesiones de música terapéutica hasta 36 sesiones por año administradas por un terapeuta musical o mediante un facilitador y un programa diseñado por un terapeuta musical certificado.

Fuera de la red: Coseguro de **95%** para sesiones de música terapéutica hasta 36 sesiones por año administradas por un terapeuta musical o mediante un facilitador y un programa diseñado por un terapeuta musical certificado. Se requiere que el afiliado pague el costo total al momento del servicio cuando se utiliza un proveedor fuera de la red. Para recibir el reembolso de Humana por los artículos/servicios elegibles, el afiliado deberá presentar la documentación necesaria. El reembolso se limita a hasta **5%** de la cantidad permitida en artículos/servicios elegibles. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier cantidad máxima, restricción o exclusión de los beneficios dentro de la red.

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

Obtenga **más** información

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

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

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

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

Humana Together in Health (PPO I-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para operar como un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) hasta el 31 de diciembre de 2029 basado en una revisión del Modelo de cuidado de Humana Together in Health (PPO I-SNP).

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

Humana.

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

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

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación de tratar a los afiliados de Humana, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

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

Más información a solo un clic de distancia

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

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

Active su cuenta segura de MyHumana.

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

¿Ya tiene una cuenta?

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

¿Todavía no tiene una cuenta?

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

Recepción de información sobre otros productos de seguro

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

Aviso de no discriminación

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

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y recursos y servicios auxiliares apropiados gratuitos para comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
  - Intérpretes acreditados para hablar por señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes acreditados
  - Información escrita en otros idiomas.

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

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

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

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

GHHNDN2026HUM_0526

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

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

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

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

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

Bǎsɔ́ɔ̀ [Bassa]: Wudu-xwíníín-mú-zà-zà kǔà, hwòdǒ-fɔ́nɔ́-nyɔ̀,, kè nyɔ-ɓɔ̌-po-kà ɓě ɓé wa nyuɛsé wídí pɛ́è-pɛ́èdɔ̀ kɔ.̌ Ɓá **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

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

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

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

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

Français [French]: Des services gratuits d'assistance linguistique, d'aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **877-320-1235 (ATS : 711)**.

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

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

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

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

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

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

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

GHHNOA2026HUM_0526

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

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

ភាសាខ្មែរ [Khmer]៖ សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបានฯ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)** ฯ

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

ພາສາລາວ [Lao]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

தமிழ் [Tamil]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **877-320-1235 (TTY: 711)** எண்ணை அழைக்கவும்.

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

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

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

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

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

Notas

Notas

Notas

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

Información importante sobre este plan

es-www.humana.com

H5216_SB_MAPD_PPO_416000_2027_SP_M