

# Resumen de beneficios

---

## **HumanaChoice Florida SNP-DE H7284-010 (PPO D-SNP)**

Este es un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad altamente integrado (HIDE, por sus siglas en inglés).

Sur de Florida y Treasure Coast PPO

Sureste de Florida

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Florida: Brevard, Broward, Glades, Indian River, Martin, Miami-Dade, Okeechobee, Palm Beach, St. Lucie.

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que usted comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un representante de servicio al cliente al **800-833-2364 (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](http://www.humana.com/medicare)** o llame al **800-833-2364 (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

- Además de su prima mensual del plan, 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. Las primas de la Parte A/Parte B podrían ser pagadas por Florida Medicaid.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden 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 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 plan es un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid. Este plan puede inscribir a FBDE, QDWI, QI, QMB, QMB+, SLMB, SLMB+.



# Hablemos sobre HumanaChoice Florida SNP-DE H7284-010 (PPO D-SNP)

Obtenga más información sobre el plan HumanaChoice Florida SNP-DE H7284-010 (PPO D-SNP), incluidos los servicios de salud y de medicamentos que cubre, con este folleto fácil de usar.

HumanaChoice Florida SNP-DE H7284-010 (PPO D-SNP) es un plan de Necesidades especiales para personas con doble elegibilidad con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Florida Medicaid. 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, consulte la Evidencia de cobertura del plan en nuestro sitio web, **es-[www.humana.com/PlanDocuments](http://www.humana.com/PlanDocuments)**.

Como afiliado, es buena idea seleccionar a un médico para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). HumanaChoice Florida SNP-DE H7284-010 (PPO D-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores.

Usted tiene acceso a coordinadores de cuidado de la salud. Los coordinadores de cuidado de la salud son profesionales de enfermería o administradores de cuidado de la salud que respaldan su salud y su bienestar al proveer servicios adicionales tales como: coordinación del cuidado para afecciones crónicas y agudas, apoyo para la salud por vía telefónica y en persona, asistencia en la coordinación de beneficios de Medicare y Medicaid, recursos y talleres educativos, y apoyo a familiares y cuidadores.

## Para ser elegible

Si usted recibe tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid, esto significa que usted tiene doble elegibilidad. Para inscribirse en HumanaChoice Florida SNP-DE H7284-010 (PPO D-SNP), un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y además recibir determinados niveles de asistencia de Florida Medicaid.

HumanaChoice Florida SNP-DE H7284-010 (PPO D-SNP) puede inscribir a FBDE, QDWI, QI, QMB, QMB+, SLMB, SLMB+.

Beneficios completos para personas con doble elegibilidad (FBDE, por sus siglas en inglés): Pueden ayudar a pagar las primas de la Parte A y/o la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid provistos por proveedores de Medicaid.

Trabajador discapacitado elegible (QDWI, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Persona elegible (QI, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Beneficiario de Medicare elegible (QMB, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos).

Beneficiario de Medicare elegible Plus (QMB+, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid proporcionados por proveedores de Medicaid.

Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (SLMB, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB+, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid proporcionados por proveedores de Medicaid.

## Nombre del plan:

HumanaChoice Florida SNP-DE H7284-010 (PPO D-SNP)

## Más información sobre HumanaChoice Florida SNP-DE H7284-010 (PPO D-SNP)

Dependiendo de su nivel de elegibilidad para recibir asistencia bajo su programa estatal de Medicaid, usted puede estar sujeto o no a los requisitos de costos compartidos. La tabla comparativa de beneficios de Medicaid muestra los beneficios específicos que Medicaid puede cubrir para algunos afiliados con doble elegibilidad. Trabjará con su coordinador de cuidado de Humana para comprender y acceder a estos beneficios. La tabla de beneficios médicos y hospitalarios cubiertos muestra los beneficios que usted recibirá de Humana.

Asegúrese de mostrar la tarjeta de identificación de Florida Medicaid además de su tarjeta de afiliado de Humana para que su proveedor tenga conocimiento de que usted también tiene cobertura de Medicaid.

### Cómo contactarnos:

Si tiene preguntas sobre sus beneficios o sobre su nivel de elegibilidad para recibir asistencia de Medicaid, debe contactar al Departamento de Atención al cliente de Humana o a Florida Medicaid para obtener más detalles.

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: **800-833-2364 (TTY: 711).**

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

También puede visitar nuestro sitio web: **es-[www.humana.com/Medicare/](http://www.humana.com/Medicare/).**

Los beneficios de Medicaid se validaron por última vez el 1 de julio de 2025 y están sujetos a cambio. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Florida visite el sitio web de Florida Medicaid, en **<https://ahca.myflorida.com>** o llame a la línea directa de Medicaid al 888-419-3456 (llamada gratuita) 800-955-8771 (TTY).



### Una asociación saludable

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



## Prima mensual, deducible y límites

<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b> o hasta <b>\$4.80</b> dependiendo de su nivel de Ayuda adicional. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Su prima de la Parte A y/o su prima de la Parte B pueden ser pagadas en su nombre por el Programa Florida Medicaid.
<b>Deducible médico</b>	Este plan no tiene deducible.
<b>Deducible de farmacia (Parte D)</b>	Si usted recibe Ayuda adicional, este plan tiene un deducible de <b>\$0</b> . Si no recibe "Ayuda adicional", su plan tiene un deducible de <b>\$615</b> para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Consulte la sección de Beneficios de medicamentos recetados a continuación.
<b>Límite máximo de gastos de desembolso personal para cuidado médico</b> La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos durante el año	<b>\$4,900</b> dentro de la red <b>\$8,950</b> combinado dentro y fuera de la red Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare según Florida Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal en función de la cantidad máxima de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.



## Beneficios médicos

Tenga en cuenta que el costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid. En este plan, los siguientes niveles de Medicaid tienen protección contra el pago de costos compartidos: FBDE, QMB, QMB+ y SLMB+.

	<b>LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED</b>	<b>LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED</b>
<b>COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS</b>		
Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización.	Copago de <b>\$0</b> o <b>\$1,000</b> por admisión	Copago de <b>\$0</b> o <b>\$2,500</b> por admisión
<b>COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>		
<b>Colonoscopia de diagnóstico</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Mamografía de diagnóstico</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Servicios de cirugía</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
<b>CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA</b>		
<b>Colonoscopia de diagnóstico</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Servicios de cirugía</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> 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](http://es-www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos (cont.)

H7284010000

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED

#### CONSULTAS AL MÉDICO

##### Proveedor de cuidado primario (PCP)

- Consultorio de un PCP
- Telesalud

Copago de **\$0**  
Copago de **\$0**

Copago de **\$0** o **40%** del costo  
**Sin cobertura**

##### Especialista

- Consultorio de un especialista
- Telesalud

Copago de **\$0**  
Copago de **\$0**

Copago de **\$0** o **40%** del costo  
**Sin cobertura**

#### CUIDADO PREVENTIVO

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

Copago de **\$0**

Copago de **\$0** o **50%** del costo, dependiendo del servicio y de donde se proporciona el servicio

##### Pruebas de detección de cáncer

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

##### Cuidado cardiovascular (del corazón)

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

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](https://www.humana.com/PAL).

**Humana.**



## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED

## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED

### 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"

### 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

*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](https://www.humana.com/PAL).*



## Beneficios médicos (cont.)

H7284010000

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED

sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoramiento

- Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.

### CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA

#### 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 ha recibido.

**Nosotros cubrimos los servicios de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar los servicios recibidos por adelantado y puede solicitar un reembolso.**

Copago de **\$0** o **\$130**

Copago de **\$0** o **\$130**

*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](https://www.humana.com/PAL).*

**Humana.**



## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED

## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED

### SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA

- **Telesalud** Copago de **\$0** o **\$40**
- **Centro de cuidado de urgencia** Copago de **\$0** o **\$40**

**Sin cobertura**  
Copago de **\$0** o **\$40**

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.

**Nosotros cubrimos servicios que se necesitan con urgencia en todo el mundo. Si tiene 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.**

### SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES

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

- |  |   |   |
|--|---|---|
| • Centro de radiología independiente   | Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo | Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo | Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo |
| • Consultorio de un PCP                | Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo | Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo |
| • Consultorio de un especialista       | Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo | Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> 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](https://www.humana.com/PAL).



	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED
<b>Servicios de radiología básicos (radiografías):</b>		
• Centro de radiología independiente	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de <b>\$0</b> o <b>\$40</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
<b>Mamografía de diagnóstico</b>		
• Centro de radiología independiente	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</b>		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de <b>\$0</b> o <b>\$40</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
<b>Servicios de laboratorio</b>		
• Laboratorio independiente	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de <b>\$0</b> o <b>\$40</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
<b>Servicios y medicina nucleares</b>		
• Centro de radiología independiente	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> 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](http://es-www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED
<b>Estudio del sueño</b>		
• Hogar del afiliado	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
<b>Radiología terapéutica (Radioterapia)</b>		
• Centro de radiología independiente	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo



## SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN

**Servicios para la audición cubiertos por Medicare**Copago de **\$0**Copago de **\$0** o **40%** del costo**Beneficio suplementario obligatorio para servicios de la audición**

Puede encontrar el localizador de proveedores para beneficios suplementarios obligatorios para servicios de la audición en [es-www.humana.com/FindCare](http://es-www.humana.com/FindCare).

**HER835**

- Copago de **\$0** por ajuste o evaluación, exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura combinada de beneficios de **\$3,600** para audífonos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) y recetados (de todo tipo), hasta 2 cada 3 años.

**HER835**

- **25%** del costo por evaluación o colocación, exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.
- Cantidad del subsidio combinado de **\$3,600** con una reducción del **25%** del costo fuera de la red (subsidio de **\$2,700** fuera de la red) para ambos, audífono de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés), audífonos recetados (de todo tipo), hasta 2 cada 3 años.
- Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a los máximos, limitaciones o exclusiones de los beneficios dentro de la red.

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](http://es-www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos (cont.)

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED

Si un proveedor no pertenece a nuestra red, es posible que usted tenga que pagar por adelantado y enviar una solicitud de reembolso. Consulte el Capítulo 2, Solicitudes de pago – Información de contacto, o visite

**es-[www.humana.com](http://www.humana.com)** para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso.



## SERVICIOS DENTALES

### Servicios dentales cubiertos por Medicare

Copago de **\$0**

Copago de **\$0** o **40%** del costo

#### Beneficio suplementario obligatorio para servicios dentales

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

#### DENE59

- El plan cubre un subsidio de hasta **\$1,250** por año para servicios dentales preventivos e integrales no cubiertos por Medicare.
- Usted es responsable de cualquier cantidad por encima del límite de cobertura dental.
- Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.
- Su beneficio se puede utilizar para la mayoría de los tratamientos dentales, tales como:
- Servicios dentales preventivos, como exámenes, limpiezas rutinarias, etc.

#### DENE59

- El plan cubre un subsidio de hasta **\$1,250** por año para servicios dentales preventivos e integrales no cubiertos por Medicare.
- Usted es responsable de cualquier cantidad por encima del límite de cobertura dental.
- Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.
- Su beneficio se puede utilizar para la mayoría de los tratamientos dentales, tales como:
- Servicios dentales preventivos, como exámenes, limpiezas rutinarias, etc.

*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](http://www.humana.com/PAL)**.*

**Humana.**



	<b>LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED</b>	<b>LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED</b>
<p>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 <b>es-<a href="http://www.humana.com/sb">www.humana.com/sb</a></b>.</p> <p>Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios cubiertos a tarifas contratadas (según el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas 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 Florida GoldPlus. Se puede encontrar el localizador de proveedores para nuestra red de todo el país en <b>es-<a href="http://www.humana.com/FindCare">www.humana.com/FindCare</a></b>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales básicos, como empastes, extracciones, etc.</li> <li>• Servicios dentales mayores, como alisado periodontal, coronas, dentaduras postizas, conductos radiculares, puentes, etc.</li> <li>• Pueden aplicarse límites de frecuencia.</li> <li>• Tenga en cuenta: El subsidio no puede utilizarse en flúor, servicios cosméticos e implantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales básicos, como empastes, extracciones, etc.</li> <li>• Servicios dentales mayores, como alisado periodontal, coronas, dentaduras postizas, conductos radiculares, puentes, etc.</li> <li>• Pueden aplicarse límites de frecuencia.</li> <li>• Tenga en cuenta: El subsidio no puede utilizarse en flúor, servicios cosméticos e implantes.</li> <li>• Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones de beneficios dentro de la red</li> </ul>

*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](http://www.humana.com/PAL)**.*



## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED

## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA 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. El proveedor fuera de la red puede facturarle a usted cualquier cantidad superior al pago realizado por Humana al proveedor. Consulte arriba las instrucciones para el localizador 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 a las tarifas usuales y habituales en su área. Consulte el Capítulo 2,

*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](http://es-www.humana.com/PAL).*



## Beneficios médicos (cont.)

H7284010000

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED

Solicitudes de pago - Información de contacto en su Evidencia de cobertura, o visite [es-www.humana.com](http://es-www.humana.com) para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso.



### 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** o **50%** del costo

#### Servicios para la vista cubiertos por Medicare

Puede encontrar el localizador del proveedor de servicios para la vista cubiertos por Medicare en [es-www.humana.com/FindCare](http://es-www.humana.com/FindCare).

Copago de **\$0**

Copago de **\$0** o **40%** del costo

#### Beneficios suplementarios obligatorios 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 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

#### VIS696

- Copago de **\$0** por examen rutinario, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$40** por año para examen rutinario.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$400** por año para lentes de contacto o anteojos: lentes y monturas, ajustes para anteojos: lentes y monturas.
- 0

#### VIS696

- Copago de **\$0** por examen rutinario, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$40** por año para examen rutinario.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$400** por año para lentes de contacto o anteojos: lentes y monturas, ajustes para anteojos: lentes y monturas.

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](http://es-www.humana.com/PAL).



## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED

## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED

Medicare. Se proveen los beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista a través de la red Humana Medicare Insight. Puede encontrar el localizador de proveedores en **es-[www.humana.com/FindCare](http://www.humana.com/FindCare)**. El subsidio para beneficios se aplica al precio minorista. El afiliado es responsable de cualquier costo que supere la cantidad aprobada por el plan. Los materiales perdidos o 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 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.

- Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de **\$500** por año en PLUS Provider 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.
- Los proveedores PLUS forman parte de Humana Medicare Insight Network y aparecen en los resultados de búsqueda del localizador de proveedores.

- 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](http://www.humana.com/PAL)**.*



## Beneficios médicos (cont.)

H7284010000

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED
<b>SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL</b>		
<b>Paciente internado</b> Este plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Copago de <b>\$0</b> o <b>\$1,000</b> por admisión	Copago de <b>\$0</b> o <b>\$2,300</b> por admisión
<b>Consultas de terapia para salud mental</b>		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>\$35</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Telesalud	Copago de <b>\$0</b>	<b>Sin cobertura</b>
<b>Servicios ambulatorios para farmacodependencia</b>		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>\$35</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio del especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Telesalud	Copago de <b>\$0</b>	<b>Sin cobertura</b>
<b>CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)</b>		
Este plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF)	Copago de <b>\$0</b> por día por los días 1 a 20 Copago de <b>\$0</b> o <b>\$185</b> por día por los días 21 a 100	Copago de <b>\$0</b> o <b>\$10</b> por día por los días 1 a 20 Copago de <b>\$0</b> o <b>\$210</b> por día por los días 21 a 100
<b>AMBULANCIA</b>		
	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> 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](http://es-www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED
<b>TRANSPORTE</b>		
<p><b>Beneficio de transporte suplementario obligatorio</b> El afiliado <b>debe</b> comunicarse con el proveedor de transporte al menos 72 horas (3 días hábiles) antes de su cita para organizar el transporte y debería comunicarse con Atención al cliente para ser dirigido al proveedor de transporte específico de su plan. <b>Ciertos viajes pueden requerir autorización previa.</b></p>	<p>Copago de <b>\$0</b> para localidades aprobadas por el plan, sin límite de viajes sencillos por año. Este beneficio ofrece una cantidad ilimitada de millas por viaje.</p>	<p>Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red. Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.</p>
<b>MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE</b>		
Es posible que algunos medicamentos de la Parte B reembolsables estén sujetos a un menor coseguro.		
<b>Vacunas y sueros antialérgicos</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultorio de un PCP</li> <li>• Consultorio de un especialista</li> </ul>	<p>Copago de <b>\$0</b> Copago de <b>\$0</b></p>	<p>Copago de <b>\$0</b> Copago de <b>\$0</b></p>
<b>Medicamentos para quimioterapia</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital para pacientes ambulatorios</li> <li>• Consultorio de un especialista</li> </ul>	<p>Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo</p>	<p>Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo</p>

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](https://www.humana.com/PAL).

**Humana.**



	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED
<b>Otros medicamentos de la Parte B</b>		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo
• Farmacia	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo
<b>Insulina de la Parte B</b>		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo
• Farmacia	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> 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](http://es-www.humana.com/PAL).*



## Beneficios de medicamentos recetados

### ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN

<b>Ayuda adicional</b>	La mayoría de nuestros afiliados cumplen los requisitos y reciben Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted está en el programa de Ayuda adicional, consulte la sección de Ayuda adicional a continuación para ver su deducible y costos compartidos de la cobertura inicial.
<b>Suministro de 100 días</b>	Suministro de hasta 100 días de medicamentos elegibles
<b>Costos para insulina</b>	No pagará más de <b>\$35</b> por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra este plan.
<b>Vacunas de \$0</b>	Copago de <b>\$0</b> por vacunas cubiertas por la Parte D para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés).

### 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 **\$2,100**, usted pagará uno de los siguientes montos según su nivel de Ayuda adicional:

- **\$5.10** por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; **\$12.65** por cualquier otro medicamento; O
- **\$1.60** por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; **\$4.90** por cualquier otro medicamento; O
- **\$0** por todos los medicamentos

Después de alcanzar su límite anual de desembolso personal de **\$2,100**, 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 obtener más información sobre el beneficio de medicamentos recetados, llámenos o consulte nuestra Evidencia de cobertura en línea.

**Humana.**

**DEDUCIBLE**

Este plan tiene un deducible de **\$615** para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Usted paga el costo total de estos medicamentos hasta que alcance **\$615**. Luego, usted solo paga su costo compartido.

**COBERTURA INICIAL**

Usted paga lo siguiente hasta que los costos de desembolso personal totales lleguen a **\$2,100**. Una vez que llegue a esta cantidad, ingresará en la etapa de cobertura catastrófica.

**Costos compartidos en farmacias**

Días del suministro	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™	
	30 días	100 días*	30 días	100 días*	30 días	100 días*
<b>Nivel 1:</b> Genéricos preferidos	\$0	\$0	\$10	\$30	\$0	\$0
<b>Nivel 2:</b> Genéricos	\$0	\$0	\$20	\$60	\$0	\$0
<b>Nivel 3:</b> De marca preferidos	25%	25%	25%	25%	25%	25%
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos no preferidos	25%	25%	25%	25%	25%	25%
<b>Nivel 5:</b> Nivel de especialidad	25%	No aplica	25%	No aplica	25%	No aplica

Para encontrar cuáles farmacias están disponibles en nuestra red, visite [es-www.humana.com/pharmacyfinder](https://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.

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

**Costos compartidos para insulina**

<b>Días del suministro</b>	<b>Costos compartidos minoristas</b> Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		<b>Costos compartidos de pedido por correo estándar</b>		<b>Costos compartidos de pedido por correo preferido</b> CenterWell Pharmacy™	
	<b>30 días</b>	<b>100 días*</b>	<b>30 días</b>	<b>100 días*</b>	<b>30 días</b>	<b>100 días*</b>
<b>Nivel 1:</b> Genéricos preferidos	\$0	\$0	25% hasta \$10	25% hasta \$30	\$0	\$0
<b>Nivel 2:</b> Genéricos	\$0	\$0	25% hasta \$20	25% hasta \$60	\$0	\$0
<b>Nivel 3:</b> De marca preferidos	25% hasta \$35	25% hasta \$105	25% hasta \$35	25% hasta \$105	25% hasta \$35	25% hasta \$105
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos no preferidos	25% hasta \$35	25% hasta \$105	25% hasta \$35	25% hasta \$105	25% hasta \$35	25% hasta \$105
<b>Nivel 5:</b> 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.

Para encontrar cuáles farmacias están disponibles en nuestra red, visite [es-www.humana.com/pharmacyfinder](http://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 **\$2,100**, usted paga **\$0** por los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan.

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



## Beneficios adicionales

H7284010000

	<b>LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED</b>	<b>LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED</b>
<b>Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)</b>	Copago de <b>\$0</b> por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.	Copago de <b>\$0</b> 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.
<b>Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
<b>Cuidado de los pies (cubierto por Medicare) (podología)</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
<b>EQUIPO / SUMINISTROS MÉDICOS</b>		
<b>Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)</b>		
• Proveedor de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
• Farmacia	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>		
• Proveedor para diabetes	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Farmacia minorista de la red	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>50%</b> del costo
<b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) - Oxígeno</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>50%</b> del costo
<b>Suministros médicos en un suministrador de suministros médicos</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
<b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo



## Beneficios adicionales (cont.)

H7284010000

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED
<b>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN</b>		
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
<b>Terapia ocupacional</b>		
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
<b>Terapia física</b>		
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
<b>Terapia del habla</b>		
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo

Humana.



## Beneficios adicionales (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA DENTRO DE LA RED	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA FUERA DE LA RED
<b>Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para la enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés)</b>		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b> o <b>20%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>40%</b> del costo



## Comparación de beneficios de Medicaid

Los beneficios descritos en la sección Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos que figura anteriormente están cubiertos por HumanaChoice Florida SNP-DE H7284-010 (PPO D-SNP). Para cada beneficio descrito a continuación, puede ver lo que cubre Florida Medicaid y lo que cubre este plan.

Todos los beneficios de Medicaid están sujetos a las pautas y requisitos de elegibilidad de Florida Medicaid, y están disponibles solo para personas con doble elegibilidad completa. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, revise su Manual para los afiliados o comuníquese con Florida Medicaid al 888-419-3456 (llamada gratuita) 800-955-8771 (TTY).

BENEFICIO	BENEFICIO DE MEDICAID	BENEFICIO DE ESTE PLAN
<b>Ambulancia</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Centro de cirugía ambulatoria</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Dentaduras postizas</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorio, e imágenes</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Visitas a un médico</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Cuidado médico en casos de emergencia</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Anteojos</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Audífonos</b>	Hay cobertura	Hay cobertura

<b>BENEFICIO</b>	<b>BENEFICIO DE MEDICAID</b>	<b>BENEFICIO DE ESTE PLAN</b>
<b>Programas de servicios de exención basados en el hogar y en la comunidad</b>	Hay cobertura	No hay cobertura
<b>Hospital para pacientes hospitalizados</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Servicios de hospitalización para salud mental, servicios de cuidado en un centro de enfermería y servicios de cuidado intermedio en una institución para enfermedades mentales (MD, por sus siglas en inglés), para personas de 65 años de edad y mayores</b>	Hay cobertura	Hay cobertura con limitaciones
<b>Servicios de cuidado para salud mental para pacientes hospitalizados menores de 21 años</b>	Hay cobertura	Hay cobertura con limitaciones
<b>Servicios en centros de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID, por sus siglas en inglés)</b>	Hay cobertura	No hay cobertura
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Servicios de salud mental</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Servicios en centros de enfermería distintos a los proporcionados en una institución para enfermedades mentales</b>	Hay cobertura	Hay cobertura con limitaciones
<b>Cobertura hospitalaria ambulatoria</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Terapia física, ocupacional, del habla</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Cuidado preventivo</b>	Hay cobertura	Hay cobertura

<b>BENEFICIO</b>	<b>BENEFICIO DE MEDICAID</b>	<b>BENEFICIO DE ESTE PLAN</b>
<b>Centro de enfermería especializada</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Transporte</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Servicios que se necesitan con urgencia</b>	Hay cobertura	Hay cobertura



## 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/PlanDocuments](http://www.humana.com/PlanDocuments)** para ver una copia de la Evidencia de cobertura (EOC) o llame al **800-833-2364**.

### **Healthy Options Allowance™ de Humana\***

**\$90** por mes en una tarjeta de gastos prepagada.

Todos los afiliados al plan reciben esta cantidad para comprar productos de salud y bienestar de venta sin receta (OTC) aprobados en los comercios minoristas participantes o a través del proveedor de pedido por correo de OTC aprobado por el plan.

Además, los afiliados pueden utilizar este dinero para pagar cosas elegibles como alimentos, servicios públicos, alquiler, etc., si tienen determinadas afecciones crónicas elegibles y cumplen otros criterios del programa.

Las cantidades no utilizadas se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año del plan o al desafilarse, lo que ocurra primero.

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

### **Cobertura de viajes**

La red nacional PPO le brinda cobertura dentro de la red en todo el país, así que puede ver a cualquier médico que acepte los términos y condiciones del plan. Podrá viajar con facilidad o dividir su tiempo entre ubicaciones. Visite **es-[www.humana.com](http://www.humana.com)** o contacte con Atención al cliente al número que está al reverso de su tarjeta de identificación si necesita ayuda para buscar un proveedor de la red.

### **Acupuntura de rutina**

Copago de **\$0** por consultas de acupuntura, hasta 25 consultas por año. Se pueden aplicar reglas de autorización.

Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red.

Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.

\* Este subsidio de gastos es un programa(s) especial(es) para afiliados con ciertas afecciones de salud. Las afecciones que califican incluyen 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 y aplican otros requisitos. 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 si usted busca asistencia. Contacte a su oficina local de HUD si tiene preguntas.

**Humana.**

### **Programa para dejar de fumar**

Para ayudarle en su esfuerzo por dejar de fumar o de usar productos de tabaco, cubrimos un asesoramiento adicional con el intento de dejar de fumar o de usar productos de tabaco en un período de 12 meses como un servicio sin costo para usted. Esto se añade a los dos intentos con asesoramiento provistos por Medicare e incluye hasta cuatro consultas personales. Este servicio se puede usar para medidas preventivas o para diagnóstico con una enfermedad relacionada con el tabaco.

Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red.

Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.

### **Cuidado rutinario de los pies**

- Dentro de la red: Copago de **\$0** por consulta rutinaria de podología, hasta 12 consultas por año.
- Fuera de la red: Copago de **\$0** por consulta rutinaria de podología, hasta 12 consultas por año.

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

### **Programa de comidas Well Dine® de Humana**

El programa de comidas de Humana para afiliados con ciertas afecciones específicas, planes de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) o después de una hospitalización en el hospital o un centro de enfermería. La entrega de comidas debe programarse dentro de los 30 días posteriores al evento de alta. Límite de cuatro (4) veces por año.

Debe utilizarse el proveedor dentro de la red para este servicio. Si usted elige utilizar otro proveedor, es responsable de todos los cargos.

### **Cuidado personal en el hogar**

Copago de **\$0** por un mínimo de 4 horas al día, hasta un máximo de 208 horas al año para determinados servicios de apoyo en el hogar para ayudar a las personas con discapacidad y/o afecciones médicas a realizar las actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés).

Las actividades de la vida diaria son aquellas relacionadas con el cuidado personal.

Estas incluyen bañarse o ducharse, vestirse, acostarse y levantarse de la cama o sentarse y pararse de una silla, caminar, ir al baño y comer.

Este beneficio también permite a los cuidadores tomarse un descanso mientras el afiliado sigue recibiendo cuidados en un entorno seguro.

Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red.

Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.

### **Recompensas e incentivos - Go365® by Humana**

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

### **Pelucas (relacionadas con el tratamiento de quimioterapia)**

Hasta un beneficio máximo combinado de **\$500** dentro y fuera de la red por año.

**Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®**

Viva una vida más saludable y más activa a través de acondicionamiento físico y conexión social en lugares participantes y en línea.

Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red.

Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.



## 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/Find-Care](https://www.humana.com/Find-Care)** 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](https://www.humana.com/CareHighlight)**.



Puede ver la **Guía de medicamentos** de este plan en nuestro sitio web en **es-[www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist)** 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 está destinado únicamente con 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.

HumanaChoice Florida SNP-DE H7284-010 (PPO D-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 12/31/2028 basado en una revisión del Modelo de cuidado de HumanaChoice Florida SNP-DE H7284-010 (PPO D-SNP).

Patrocinado por HUMANA HEALTH INSURANCE COMPANY OF FLORIDA, INC y la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del estado de Florida.

HUMANA HEALTH INSURANCE COMPANY OF FLORIDA, INC es un DSNP con un contrato con Medicaid de Florida.

La información de beneficios provista es un breve resumen, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, contacte al DSNP.

Se pueden aplicar limitaciones, copagos, y/o restricciones.

Los beneficios, la lista de medicamentos preferidos, la red de farmacias, la prima y/o copagos y coseguro pueden cambiar.

Si recibe asistencia de Medicare para el pago de costos compartidos, los proveedores de HumanaChoice Florida SNP-DE H7284-010 (PPO D-SNP) no pueden cobrarle ni facturarle por servicios y artículos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, incluidos deducibles, coseguro y copagos, incluso cuando el pago de



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

---

Medicaid es cero o cuando un proveedor decide no acudir a Medicaid. Si un proveedor le pide que pague, eso va en contra de la ley. Sin embargo, usted puede ser responsable de un pequeño copago de Medicaid.

Si se le factura o se le pide que pague a un proveedor de la red deducibles, coseguro o copagos por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, infórmele al proveedor que tiene protección contra el pago de costos compartidos y que no se le puede cobrar. Si usted ya ha efectuado el pago, tiene derecho a un reembolso. Si su proveedor no deja de facturarle, puede llamarnos al 800-457-4708 o llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY 1-877-486-2048). Humana o Medicare pueden pedirle a su proveedor que deje de facturarle y que le reembolse cualquier pago que usted haya realizado.

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

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

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/PlanDocuments](http://es-www.humana.com/PlanDocuments) 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](http://es-www.humana.com/Member/ManageYourAccount) e inicie sesión.

### ¿Todavía no tiene una cuenta?

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

## Recepción de información sobre otros productos de seguro

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

## Aviso de no discriminación

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

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

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

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

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

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

GHHNDN2025HUM

**Humana.**

## 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)**.

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)**.

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

GHHNOA2025HUM\_0425

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

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជូនជម្រកផ្សេងៗជំនួសអាចារកបាន។ 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, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ໄດ້. ໂທ 877-320-1235 (TTY: 711).

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjí' bee adahodoonííígíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóo łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjí' hodíílnih 877-320-1235 (TTY: 711).

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

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

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

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

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

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng 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.

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

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 አማራጫ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችን ይገኛሉ። በ 877-320-1235 (TTY: 711) ላይ ይደውሉ።

Bàsàwà [Bassa]: Wuḍu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, Hwòdò-fóná-nyo, kè nyo-boŋn-po-kà bě bé nyueε se wídí pèè-pèè dò 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 àtilẹhìn ìrànlowọ èdè, àti ònà kíkà míràn 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 ।

Humana.





**Humana Inc.**

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

Información importante sobre este plan

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