



Más información sobre programas y servicios adicionales que ofrece Humana

Esta comunicación no es garantía de beneficios y no indica que todos los servicios recibidos los cubrirá su plan. Consulte su Evidencia de Cobertura o comuníquese con Atención al Cliente llamando al número telefónico que figura al reverso de su tarjeta de identificación de Humana para verificar que su plan cubrirá el servicio.

Humana es un plan PPO y un plan de medicamentos recetados independiente de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La afiliación a este plan de Humana depende de la renovación del contrato. Para obtener más información, llame al número que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen obligación de tratar a los afiliados del plan, 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.

Humana®

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa federal de seguro de salud para ciudadanos estadounidenses y residentes legales que tengan 65 años o más o que sean menores de 65 años y sean elegibles debido a una discapacidad.

¿Cómo funciona?

Medicare se divide en las Partes A, B, C y D. Las Partes A y B se denominan Medicare Original.

¿Qué es un plan Medicare Advantage?

- Usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar afiliado a la Parte B de Medicare, ya que el plan Humana Group Medicare PPO es un plan Medicare Advantage.
- También debe continuar pagando las primas de la Parte B de Medicare para seguir afiliado a este plan.



Parte A de Medicare

Seguro hospitalario

Ayuda a cubrir el cuidado necesario por razones médicas para pacientes hospitalizados en un hospital o centro de enfermería especializada. También ayuda a cubrir parte del cuidado de la salud en el hogar y cuidado de hospicio.



Parte B de Medicare

Seguro médico

Ayuda a cubrir servicios necesarios por razones médicas proporcionados por proveedores, cuidado médico ambulatorio y otros servicios y suministros médicos. La Parte B también ayuda a cubrir algunos servicios preventivos.



Parte C de Medicare

Planes Medicare Advantage

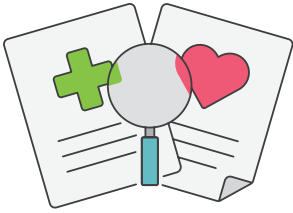
Estos planes están disponibles a través de compañías de seguros privadas, como Humana. La Parte C de Medicare ayuda a cubrir todo lo necesario por razones médicas que cubren la Parte A y la Parte B, incluidos los servicios médicos y hospitalarios. Usted seguirá teniendo Medicare si elige la cobertura de la Parte C de Medicare. Debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar afiliado a la Parte B para ser elegible para un plan de la Parte C de Medicare.



Medicare Parte D

Cobertura para medicamentos recetados

Ayuda a pagar los medicamentos que su proveedor le receta y está disponible como un plan de medicamentos recetados independiente o incluido en un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados. Al igual que los planes Medicare Advantage de la Parte C, la Parte D solo está disponible a través de compañías privadas, como Humana. Muchos planes Medicare Advantage de la Parte C incluyen cobertura para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.



Cómo funciona su plan PPO

Los planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) Medicare Advantage le dan la libertad de recibir cuidado médico dentro o fuera de la red. Su cobertura del plan de beneficios se mantiene igual, aunque reciba cuidados de un proveedor fuera de la red. Consulte su Resumen de Beneficios, adjunto a este paquete, para obtener información adicional.

Cómo utilizar un plan PPO

- Usted tendrá un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) que lo ayudará a manejar su cuidado, conocerá su historial de salud general y le podrá guiar hacia el cuidado preventivo que le ayudará a mantenerse saludable y activo.
- Puede utilizar cualquier proveedor que forme parte de nuestra red o cualquier proveedor que acepte Medicare y acuerde facturar a Humana.
- Su plan no requiere referidos para consultar a otros proveedores, pero su PCP puede orientarle cuando necesite cuidado de especialidad.
- Los proveedores de la red Humana Medicare Advantage PPO deben aceptar el pago de Humana por el tratamiento brindado a los afiliados del plan.
- Humana proporciona a los proveedores de la red información acerca de los servicios y programas disponibles para los pacientes con afecciones crónicas.

Autorización previa médica

¿Qué es la autorización previa y cómo funciona?

Para determinados servicios y procedimientos, es posible que su proveedor o el hospital necesiten obtener una aprobación por adelantado de Humana antes de que el plan cubra cualquiera de los costos. Esto se denomina ‘autorización previa’ o ‘preautorización’. Los proveedores u hospitales enviarán a Humana la solicitud de autorización previa. Si su proveedor no lo ha hecho, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente, ya que es posible que Humana no pueda pagar por estos servicios.

¿Por qué es necesaria?

El enfoque de la autorización previa de Humana apoya la salud, la seguridad y el bienestar financiero óptimos, y garantiza el cumplimiento de los requisitos de Medicare. Estos son algunos ejemplos en los que Humana puede requerir autorización previa:

- Cuidado de la salud en el hogar
- Admisiones como paciente internado
- Fisioterapia o terapia ocupacional
- Imágenes avanzadas, como resonancia magnética o escaneo de tomografía axial computarizada (CT/CAT, por sus siglas en inglés)
- Determinados medicamentos
- Centros de enfermería especializada

Telesalud

El médico está, aunque usted no pueda o no quiera ir a un consultorio. Las consultas de telesalud le permiten obtener cuidado médico que no sea de emergencia o cuidado de la salud del comportamiento a través de su teléfono,* tableta o computadora.

La telesalud se puede utilizar para el manejo de afecciones crónicas, el cuidado de seguimiento después de una consulta médica, revisiones de medicamentos y repeticiones de recetas, y mucho más, al igual que cuando usted acude a una consulta médica.

Las consultas virtuales puede brindarlas su médico actual u otros proveedores de la red de su plan. Inicie sesión en su cuenta de MyHumana para ver si su plan ofrece estos beneficios.

Salud del comportamiento

Utilice los servicios de telesalud para conectarse con un especialista certificado en salud del comportamiento. Estos proveedores están disponibles cuando usted pueda necesitarlos para brindarle orientación ante muchas de las dificultades de la vida.

Pregúntele a su proveedor de confianza sobre las opciones virtuales de salud del comportamiento que ofrece o visite **es-findcare.humana.com** para buscar proveedores que pueden ayudar con terapia verbal, medicamentos, y más. Para encontrar las opciones disponibles de apoyo adicional, puede iniciar sesión en su cuenta de MyHumana y hacer clic en “Get Care” (Obtener Cuidado).

Cuidado de la salud en el hogar

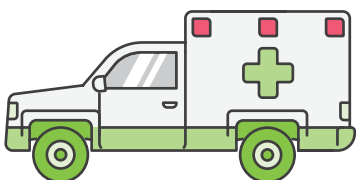
Hay ocasiones en la vida, como después de una lesión o enfermedad, en las que podemos necesitar ayuda con tareas como bañarse, arreglarse, preparar comidas y otras actividades de la vida cotidiana.

Profesionales de enfermería y terapeutas especialmente capacitados se centran en sus necesidades específicas para crear un plan de cuidado personalizado para usted. El objetivo es ayudarlo a manejar su salud con confianza, recuperar la independencia y disfrutar de una vida más saludable y feliz.

Para recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, nuestro plan se los cubrirá, siempre que cumpla los requisitos de cobertura de Medicare y tenga un referido de su médico. Para ver si podría ser elegible, llame al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

*Es posible que se requiera el uso de video para las consultas de telesalud. Es posible que se apliquen tarifas estándar de datos.

Las limitaciones a los servicios de telesalud, también conocidos como consultas virtuales o telemedicina, varían según el estado. Estos servicios no reemplazan el cuidado médico en casos de emergencia y no pretenden reemplazar a su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) u otros proveedores de su red. Cualquier descripción sobre 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 su plan podría cubrir u otras reglas que podrían aplicarse.



Recuerde que cuando tenga una lesión que ponga en riesgo su vida o un traumatismo grave, debe llamar al 911.

El lugar donde recibe sus vacunas puede determinar cómo están cubiertas

Vacunas de la Parte B de Medicare

La Parte B de Medicare de su plan cubre las vacunas administradas en el consultorio de su proveedor si la vacuna está directamente relacionada con el tratamiento de una lesión o la exposición directa a una enfermedad o afección como:

- Hepatitis B
- Rabia
- Tétanos

Las siguientes vacunas de la Parte B de Medicare pueden obtenerse en el consultorio de su proveedor o están disponibles en una farmacia de la red:

- Influenza (gripe)
- Antineumocócica
- COVID-19 y refuerzos
- Medicamentos nebulizados de uso común

Cobertura de la Parte B de Medicare para la diabetes

La Parte B cubre determinados servicios preventivos para personas con riesgo de diabetes. Debe tener la Parte B para recibir los servicios y suministros que esta cubre, como los siguientes:

- Suministros para pruebas de diabetes, incluidos los monitores continuos de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)*
- Bombas de insulina*
- Insulina administrada (o utilizada) en bombas de insulina

*Los CGM están disponibles en las farmacias minoristas participantes. Además, los CGM y las bombas de insulina están disponibles a través de nuestros proveedores preferidos de equipos médicos duraderos: CCS Medical, 877-531-7959 o Edwards Healthcare, 888-344-3434.

Información importante para su farmacéutico

Indique a su farmacéutico que utilice el **BIN 610649** y el **PCN 03200004** cuando le surta la receta de artículos que cubre la Parte B.

Esta información también está disponible en su tarjeta de identificación del afiliado.



Cómo hacer seguimiento de sus pruebas de detección preventivas

A continuación, encontrará una lista de las pruebas de detección más recomendadas de las que puede hablar con su médico. Trabaje siempre con su médico para decidir qué es lo mejor para usted.

Tipo	Rango de edad	Frecuencia	Fecha en que se completó
Vacunas			
Contra el virus de la influenza (gripe)	Hable con su médico	Cada año	
Contra el neumococo (neumonía)	Hable con su médico	Una vez (podría necesitar un refuerzo)	
Pruebas de detección de salud de la mujer			
Prueba de detección del cáncer de mama	40-74	Cada año	
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino	18-75	Cada 3 años	
Prueba de densidad mineral ósea	65-85	Hable con su médico	
Pruebas de detección de salud del hombre			
Examen de la próstata	50-74	Hable con su médico	
Examen físico y asesoramiento en materia de salud			
Examen físico (incluye peso, altura, índice de masa corporal [IMC] y presión arterial)	18-75	Hable con su médico	
Prueba de detección de cáncer colorrectal			
Colonoscopia	40-75	Cada 10 años	
Sigmoidoscopia flexible	40-75	Cada 5 años	
Kit de prueba en el hogar (prueba de sangre oculta en heces/prueba inmunoquímica fecal [FOBT/FIT, por sus siglas en inglés])	40-75	Cada año	
Prueba multiobjetivo de ADN en heces	40-75	Cada 3 años	
Prueba de detección y manejo de la diabetes			
Lectura de azúcar en sangre mediante HbA1c o monitor de glucosa	18-75	Cada año	
Examen integral de la vista	18-75	Cada año	
Análisis de orina	18-75	Cada año	

Referencias

La lista de pruebas de detección recomendadas procede de la US Preventive Services Task Force www.USpreventiveservicestaskforce.org/browseRec/Index, consultada por última vez el 6 de mayo de 2025.

La lista de vacunas recomendadas procede de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades www.cdc.gov/vaccines, consultado por última vez el 6 de mayo de 2025.

Examen físico y orientación de salud de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid www.medicare.gov/coverage/yearly-wellness-visits, consultado por última vez el 6 de mayo de 2025.

Humana Medicare Advantage proporciona beneficios y servicios adicionales, sin costo adicional para usted

Go365 by Humana®

Un programa de bienestar que brinda recompensas por realizar actividades saludables elegibles como hacer ejercicio o realizar su consulta de bienestar anual. Puede obtener recompensas que se pueden canjear por tarjetas de regalo en la tienda de Go365. Las recompensas deben ganarse y canjearse dentro del mismo año del plan. Se perderá el derecho a las recompensas que no se hayan canjeado antes del 31 de diciembre.

SilverSneakers®

Un programa de salud y acondicionamiento físico diseñado para adultos mayores que ofrece clases y actividades divertidas y atractivas. Además, está disponible sin cargo adicional a través del plan Humana Medicare Advantage.

Asesoramiento sobre salud de Humana

Nuestro programa de asesoramiento sobre salud, disponible para todos los afiliados de Humana Group Medicare, le brinda orientación para ayudarle a desarrollar un plan de acción que respalde sus objetivos de salud y bienestar.

Evaluación de salud y bienestar

Esta revisión anual gratuita y detallada de la salud se lleva a cabo en su hogar para ofrecer a su médico un par de ojos y oídos adicionales, de modo que podamos ayudarle a obtener el mejor cuidado.

Coordinación del cuidado de la salud de Humana

Los programas de coordinación del cuidado de la salud brindan apoyo a los afiliados elegibles para ayudarles a seguir siendo independientes en su hogar, proporcionando educación sobre afecciones crónicas y el cumplimiento terapéutico de medicamentos, ayudando con las instrucciones para el alta, facilitando el acceso a recursos de la comunidad, buscando apoyo social, y más.

Transporte después del alta hospitalaria

Después de una hospitalización en un hospital o centro de enfermería especializada, los afiliados tienen derecho a un máximo de 12 viajes sencillos a lugares aprobados por el plan (por alta de un centro de cuidado) en automóvil, camioneta o vehículo con acceso para sillas de ruedas.

Servicios de cuidado personal en el hogar después del alta (PHCS, por sus siglas en inglés)

Después de una hospitalización en un hospital o centro de enfermería especializada, los afiliados pueden recibir determinados servicios de cuidado personal en el hogar de hasta 4 horas al día, hasta un máximo de 8 horas en total por evento de alta. Los asistentes acreditados pueden ofrecer asistencia para realizar actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) dentro del hogar (asistencia para bañarse, vestirse, ir al baño, caminar, comer y preparar comidas).

Programa de comidas después del alta hospitalaria

El programa de comidas después del alta hospitalaria de Humana ofrece comidas totalmente preparadas a los afiliados del plan que sean elegibles. Después de una hospitalización como paciente internado de una noche en un hospital o centro de enfermería, usted es elegible para recibir hasta 28 comidas nutritivas (2 comidas por día durante 14 días), que se entregan en su domicilio.

Apoyo de cuidadores

Todos necesitamos un poco de ayuda de vez en cuando. Muchas personas confían en un familiar o un amigo cercano para que les ayuden con su cuidado de la salud, alguien que pueda ayudarles a hablar con nosotros sobre su plan de seguro, hacer un seguimiento de sus beneficios y reclamaciones, o responder preguntas en su nombre sobre el cuidado de la salud. Con los recursos y consejos de Humana, los cuidadores pueden encontrar el apoyo que necesitan para ayudar a sus seres queridos.

Consulte la página **Conozca sus números** en el paquete de afiliación. Aquí aparecen números de teléfono, horarios de atención e información sobre el sitio web de los servicios mencionados.

Términos de seguro médico

Deducible (si corresponde)

Lo que paga por adelantado

La cantidad que paga por el cuidado de la salud antes de que su plan comience a pagar sus beneficios.

Coseguro

Su parte del costo después del deducible

Porcentaje de los costos médicos y de medicamentos que puede pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos después de abonar cualquier deducible del plan.

Copago

Lo que usted paga en el consultorio del proveedor por servicios médicos

Cantidad fija en dólares que usted paga cuando recibe servicios médicos o surte una receta.

Exclusiones y limitaciones

Cualquier cosa no cubierta o cubierta en situaciones o afecciones limitadas

Afecciones o circunstancias específicas que no están cubiertas conforme a un plan.

Cantidad máxima de desembolso personal

La cantidad máxima que debe gastar antes de que su plan pague el 100% del costo

Lo máximo que tendría que pagar por servicios que cubre un plan de salud, incluidos los deducibles, los copagos y el coseguro. Si usted alcanza el límite anual de gastos de desembolso personal, el plan Humana Group Medicare paga el 100% de la cantidad aprobada por Medicare para la mayoría de los cargos médicos cubiertos.

Red

Los proveedores médicos contratados por su plan

Un grupo de proveedores de cuidado de la salud contratados para prestar servicios médicos a tarifas con descuento. Los proveedores incluyen médicos, hospitales y otros profesionales del cuidado de la salud y centros médicos.

Descuento del plan

Una forma en que Humana le ayuda a ahorrar dinero

Cantidad de la que usted no es responsable debido a la tarifa negociada de Humana con el proveedor.

Prima

El pago mensual regular de su plan

La cantidad que usted y/o su empleador pagan regularmente por la cobertura de Medicare o Medicare Advantage.



¿Qué es la Parte D de Medicare?

La Parte D de Medicare es un plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) (seguro para sus necesidades de medicamentos). Usted utiliza la red de farmacias de la compañía de seguro médico para adquirir sus medicamentos recetados. En lugar de pagar el precio completo, debe pagar un copago o porcentaje del costo del medicamento. La compañía de seguros pagará el resto.

Cómo funciona

Debe utilizar las farmacias de la red para disfrutar de los beneficios de nuestro plan, excepto en una emergencia. Las farmacias de la red han aceptado trabajar con Humana para surtir medicamentos recetados a nuestros afiliados. Si utiliza una farmacia fuera de la red, sus costos podrían ser más altos.

Nuestra red de farmacias incluye acceso a farmacias de envío por correo, de especialidad, minoristas, de cuidado a largo plazo, de infusión en el hogar, y farmacias indígenas, tribales y urbanas.

¿Pertenece su farmacia a la red de Humana?

Puede encontrar una lista completa de las farmacias de la red en MyHumana, su cuenta personal y segura en línea en [es-www.humana.com](https://www.humana.com) y la aplicación móvil MyHumana.* Obtenga mapas y direcciones imprimibles, junto con muchos más detalles para encontrar una farmacia que se adapte a sus necesidades.



Herramientas de farmacia

Escanee este código QR con su dispositivo móvil para obtener información que incluye ahorros en recetas y herramientas, listas de medicamentos imprimibles e información sobre autorizaciones previas, o visite es-www.humana.com/pharmacy/tools.

*Es posible que se apliquen tarifas estándar de datos.

Cobertura para medicamentos recetados

Algunos medicamentos cubiertos por Humana pueden tener requisitos o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir autorización previa, terapia por fases o límites de cantidad. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro equipo de Atención al Cliente al número de teléfono que figura al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

Autorización previa

El plan Humana Group Medicare requiere que usted o su proveedor obtengan autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener la aprobación del plan Humana Group Medicare antes de surtir sus medicamentos recetados. El motivo por el que se requiere una autorización previa puede variar dependiendo del medicamento. Humana trabajará con su proveedor cuando se requiera una autorización previa. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) requieren un tiempo de respuesta de 72 horas para una autorización previa. Sin embargo, su proveedor puede solicitar una revisión acelerada si el hecho de esperar 72 horas puede ser perjudicial para usted.

Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, el plan Humana Group Medicare limita la cantidad del medicamento que se cubre. El plan Humana Group Medicare podría limitar la cantidad de repeticiones de recetas que puede obtener o la cantidad de un medicamento que puede recibir cada vez que surte su receta. Los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro para 30 días, independientemente de la asignación de nivel.

Terapia por fases

En algunos casos, el plan Humana Group Medicare requiere que pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que esté disponible la cobertura para un medicamento más costoso recetado para tratar su afección médica.

Surtido de transición por única vez

Para determinados medicamentos que normalmente requieren autorización previa o terapia por fases, Humana cubrirá un suministro único para 30 días de su medicamento cubierto por la Parte D durante los primeros 90 días de su afiliación. Una vez que haya recibido el surtido de transición* para su receta que requiere una autorización previa o una terapia por fases, recibirá una carta de Humana en la que se le informarán los requisitos o límites de la receta. La carta también le informará que deberá obtener la aprobación antes de que se cubran futuras repeticiones de recetas. Se deberá aprobar una autorización previa o deberá intentar con otros medicamentos alternativos si el medicamento requiere una terapia por fases.

*Algunos medicamentos no son elegibles para un surtido de transición, como los medicamentos que requieren una determinación de la Parte B frente a la Parte D, los medicamentos excluidos por los CMS o los que requieren una revisión del diagnóstico para determinar la cobertura.

Hable con su proveedor sobre sus medicamentos para ver si requieren autorización previa, si tienen límites de cantidad o si se necesita terapia por fases.

Opciones de farmacias

Asistencia integral de farmacia para jubilados.

Red de farmacias minoristas

Con los planes de Humana, tiene una variedad de opciones de venta minorista y de pedido por correo para surtir su receta.

- Sólida red de farmacias minoristas nacionales e independientes
- Flexibilidad y comodidad
- Encuentre una farmacia de su red visitando **es-www.humana.com/FindaPharmacy**

CenterWell Pharmacy™

Usted puede elegir entre farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo para medicamentos recetados; CenterWell Pharmacy es una opción.*CenterWell Pharmacy ofrece:

- Servicios integrales de farmacia
- Cómodas soluciones de pedido por correo, recordatorios de repeticiones de recetas y apoyo al paciente
- Entrega segura y protegida respaldada por múltiples controles realizados por farmacéuticos

CenterWell Specialty Pharmacy™

CenterWell Specialty Pharmacy ofrece una variedad de terapias especializadas que pueden ayudar a tratar su afección. CenterWell Specialty Pharmacy ofrece:

- Cuidado y experiencia del paciente excepcionales
- Asociados especialmente capacitados para brindar apoyo a los pacientes
- Experiencia mejorada para el cáncer, los trastornos neuromusculares y determinadas afecciones pulmonares

*Hay otras farmacias disponibles en la red de Humana.

Cobertura farmacéutica centrada en usted

Queremos que tenga una experiencia fácil al utilizar su beneficio de Humana en la farmacia. La información que se proporciona a continuación ofrece consejos útiles sobre cuándo utilizar su tarjeta de identificación del afiliado del plan Humana Group Medicare para recetas y suministros.

Beneficio de farmacia (Parte D)

Puede encontrar una lista completa de las farmacias de la red en **es-www.humana.com/FindaPharmacy**.

Acá podrá ver algunas vacunas comunes que debe obtener en su farmacia, no en el consultorio de su proveedor:

- La mayoría de los medicamentos despachados por una farmacia.
- Vacunas comunes.
- **Herpes zóster:** esta vacuna protege contra el herpes zóster, un virus que provoca un sarpullido doloroso en personas que han padecido previamente varicela.
- **Tdap:** esta vacuna de refuerzo protege contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (tos convulsiva). (Se aplicará la cobertura de la Parte B de Medicare cuando la vacuna antitetánica esté relacionada con una lesión y se administre en el consultorio de su proveedor).
- **RSV:** esta vacuna protege contra el virus respiratorio sincicial, una infección pulmonar y de las vías respiratorias inferiores.

Medicamentos recetados y suministros para la diabetes cubiertos conforme a la Parte D

La Parte D suele cubrir los suministros para la diabetes utilizados para administrar la insulina. Debe estar afiliado a un plan de medicamentos de Medicare para recibir los suministros cubiertos por la Parte D, como los siguientes:

- Medicamentos para la diabetes.
- Insulina administrada (o utilizada) con jeringas o lapiceras.
- Jeringas, agujas para lapicera u otros dispositivos de administración de insulina que no sean equipo médico duradero (p. ej., Omnipod o VGO).

¿Preguntas?

Debido a que las vacunas se cubren de manera diferente en el consultorio del proveedor y en la farmacia, sería conveniente llamar primero para entender de qué modo su seguro cubre una vacuna específica. Llame al número de Atención al Cliente que figura al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana o inicie sesión en **MyHumana.com**.

Información importante para su farmacéutico

Indique a su farmacéutico que utilice el **BIN 015581** y el **PCN 03200000** cuando le surta la receta de artículos que cubre la Parte D.

Esta información también está disponible en su tarjeta de identificación del afiliado.

La Parte D de Medicare de su plan cubre las vacunas que se consideran necesarias para ayudar a prevenir enfermedades. Los costos compartidos del afiliado para todas las vacunas de la Parte D incluidas en la lista del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) ¹ será de \$0.

¹Para obtener más información sobre las recomendaciones de vacunas del ACIP de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, visite www.cdc.gov/acip-recs/hcp/vaccine-specific/index.html.

Términos de farmacia

Deducible (si corresponde)

Su costo por medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan pague

La cantidad que usted paga por medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Coseguro

Su parte del costo de su medicamento recetado

Es un porcentaje del costo total de un medicamento que usted paga cada vez que surte una receta.

Copago

Lo que usted paga en la farmacia por su medicamento recetado

Cantidad fija en dólares que usted paga cuando surte una receta.

Exclusiones y limitaciones

Cualquier cosa no cubierta

Afecciones o circunstancias específicas que no están cubiertas conforme a un plan.

Formulario

Medicamentos cubiertos por su plan

Lista de medicamentos aprobados para que se cubran conforme al plan. También se llama Lista de Medicamentos.

Cantidad máxima de desembolso personal

La cantidad máxima que gastará antes de que su plan pague el 100% del costo

Lo máximo que tendría que pagar por medicamentos recetados que cubre un plan de salud, incluidos los deducibles, los copagos y el coseguro. Una vez alcanzado el límite anual de gastos de desembolso personal, el plan Humana Group Medicare paga el 100% de la mayoría de los gastos de farmacia.

Aviso de no discriminación

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por su 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 adaptaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos de acceso electrónico o de otro tipo).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, los cuales pueden incluir:
 - Intérpretes acreditados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de 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 ayudarlo.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, 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)**.

Afiliados de California:

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

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



Humana®

Un toque más humano
al cuidar de su salud™

