

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus H4461-050 (HMO)

Dallas-Fort Worth

Área de Dallas

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Texas: Collin, Cooke, Dallas, Denton, Ellis, Johnson, Kaufman, Montague, Navarro, Parker, Rockwall, Tarrant, Wise.

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** 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.
- ☐ 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.
- ☐ Los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores) no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia o urgencia.



Hablemos sobre Humana Gold Plus H4461-050 (HMO)

Obtenga más información sobre el plan Humana Gold Plus H4461-050 (HMO), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con este folleto fácil de usar.

Humana Gold Plus H4461-050 (HMO) es un plan HMO Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

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

Para ser elegible

Para inscribirse en Humana Gold Plus H4461-050 (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nombre del plan

Humana Gold Plus H4461-050 (HMO)

Cómo contactarnos

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

Si **no** es afiliado de este plan, llame sin costo al: **800-833-2364 (TTY: 711)**.

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

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

Más información sobre Humana Gold Plus H4461-050 (HMO)

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

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

Como afiliado debe seleccionar a un médico dentro de la red dentro del área de servicio que se menciona en este folleto para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Humana Gold Plus H4461-050 (HMO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.



Una asociación saludable

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

Humana.



Prima mensual, deducible y límites

Prima mensual del plan	\$14 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Si recibe asistencia con la prima, es posible que se reduzca la prima de este plan.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	Deducible de \$0 para Nivel 1, Nivel 2, y Nivel 3 Deducible de \$615 para Nivel 4 y Nivel 5
Límite máximo de gastos de desembolso personal para cuidado médico	\$3,200 dentro de la red La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos durante el año.



Beneficios médicos

COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN

Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización de paciente internado

Copago de **\$225** por día por los días 1 a 5
Copago de **\$0** por día por los días 6 a 90

COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Colonoscopia de diagnóstico	Copago de \$0
Mamografía de diagnóstico	Copago de \$0
Servicios de cirugía	Copago de \$225

CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Colonoscopia de diagnóstico	Copago de \$0
Servicios de cirugía	Copago de \$0

CONSULTAS AL MÉDICO

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	- Consultorio de un PCP: Copago de \$0 - Telesalud: Copago de \$0
Especialista	- Consultorio de un especialista: Copago de \$15 - Telesalud: Copago de \$15

CUIDADO PREVENTIVO

Copago de **\$0**

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



Beneficios médicos (cont.)

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

Pruebas de detección de cáncer

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

Cuidado cardiovascular (del corazón)

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

Cuidado de diabetes

- Pruebas de detección de diabetes
- Capacitación para el automanejo de la diabetes
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)

Guía y apoyo dietético

- Terapia de nutrición médica
- Prueba de detección y terapia para la obesidad

Estarán cubiertos todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato.

Pruebas de detección y vacunas rutinarias

- Consulta de bienestar anual (AWV, por sus siglas en inglés)
- Vacunas
- Examen físico rutinario
- Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"

Pruebas de detección y servicios de asesoramiento

- Medición de la masa ósea
- Prueba de detección de la depresión
- Prueba de detección de glaucoma
- Prueba de detección de VIH
- Prueba de detección y asesoramiento para reducir el mal uso del alcohol
- Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoramiento
- Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco

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.



Beneficios médicos (cont.)

CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA

Servicios en casos de emergencia en la sala de emergencias

Copago de **\$150**

Si se le admite en el mismo hospital dentro de 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por el cuidado médico en casos de emergencia que recibió. **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 prestados por adelantado y puede solicitar un reembolso.**

Cuando le colocan en estado de observación, el afiliado paga los costos compartidos de la observación en lugar de los costos compartidos en la sala de emergencias.

SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA

Los servicios que se necesitan con urgencia se proveen para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. **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.**

- Telesalud: Copago de **\$65**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$65**

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES

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

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$200**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$300**
- Consultorio de un PCP: Copago de **\$200**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$200**

Servicios de radiología básicos (radiografías)

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$50**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$130**
- Consultorio de un PCP: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$0**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$65**

Mamografía de diagnóstico

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$0**

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



Beneficios médicos (cont.)

Pruebas y procedimientos de diagnóstico	- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$100 - Consultorio de un PCP: Copago de \$0 - Consultorio de un especialista: Copago de \$15 - Centro de cuidado de urgencia: Copago de \$65
Servicios de laboratorio	- Laboratorio independiente: Copago de \$0 - Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$0 - Consultorio de un PCP: Copago de \$0 - Consultorio de un especialista: Copago de \$0 - Centro de cuidado de urgencia: Copago de \$65
Medicina y servicios nucleares	- Centro de radiología independiente: Copago de \$200 - Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$250
Estudio del sueño	- Hogar del afiliado: Copago de \$0 - Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$100 - Consultorio de un especialista: Copago de \$100
Radiología terapéutica (Radioterapia)	- Centro de radiología independiente: 20% del costo - Hospital para pacientes ambulatorios: 20% del costo - Consultorio de un especialista: Copago de \$15



SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN

Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de \$15
Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición	Dentro de la red: HER957 - Copago de \$0 por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. - Copago de \$399 por cada audífono de nivel Estándar, hasta 1 por oído por año. - Copago de \$699 por audífono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído por año. - Copago de \$999 por cada audífono de nivel Premium, hasta 1 por oído por año. La compra de audífonos incluye: - Consultas de seguimiento ilimitadas al proveedor durante el primer año después de la compra del audífono TruHearing - Período de prueba de 60 días

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.



Beneficios médicos (cont.)

- Garantía extendida de 3 años
- 80 baterías por audífono para modelos no recargables
- Opciones de estilo recargable disponibles para audífonos Premium y Avanzados por **\$50** adicionales por audífono

Debe consultar a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. Llame al 1-844-255-7144 para programar una cita (TTY: 711).



SERVICIOS DENTALES

Servicios dentales cubiertos por Medicare

Beneficio suplementario obligatorio dental

Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más detalles. Las reclamaciones enviadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica y antecedentes dentales para aprobar la cobertura. Es posible que los beneficios dentales conforme a este plan no cubran todos los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Americana (ADA). Los servicios recibidos que no estén enumerados no tendrán cobertura del plan y serán responsabilidad del afiliado. El afiliado es responsable de cualquier cantidad por encima de la cantidad máxima de cobertura de beneficios anual. Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. La información sobre cada plan está disponible en **es-www.humana.com/sb**.

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).

Copago de **\$15**

Dentro de la red:

DEN093

- Copago de **\$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años.
- Copago de **\$0** por evaluación oral integral o examen periodontal, ajuste oclusal, alisado por inflamación moderada, hasta 1 cada 3 años.
- Copago de **\$0** por dentaduras postizas completas, recementado de coronas, radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, dentaduras postizas parciales, hasta 1 cada 5 años.
- Copago de **\$0** por coronas, otros servicios de restauración - ampliación de muñón y poste y muñón prefabricados, conducto radicular, retratamiento de conducto radicular, hasta 1 por diente de por vida.
- Copago de **\$0** por radiografías de mordida, radiografías intraorales, hasta 1 juego(s) por año.
- Copago de **\$0** por ajustes en dentaduras postizas, rebasado de dentaduras postizas, revestimiento de dentaduras postizas, reparación de dentaduras postizas, examen de diagnóstico de emergencia, acondicionamiento de tejidos, hasta 1 por año.
- Copago de **\$0** por tratamiento de emergencia para el dolor, cirugía oral, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.
- Copago de **\$0** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.

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



Beneficios médicos (cont.)

Encuentre un dentista en la red Humana Dental Medicare por todo el país en **es-www.humana.com/FindCare**.

- Copago de **\$0** por anestesia necesaria con servicio cubierto hasta lo que sea necesario con códigos cubiertos por año.
- Copago de **\$0** por empaste de amalgama y/o resina compuesta, extracción simple o quirúrgica, sin límite por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$3,500** por año para todos los beneficios preventivos/de diagnóstico e integrales.



SERVICIOS PARA LA VISTA

Anteojos (después de una cirugía de cataratas)

Copago de **\$0**

Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare

Copago de **\$0**

Servicios para la vista cubiertos por Medicare

Puede encontrar el localizador de proveedores de servicios para la vista cubiertos por Medicare en **es-www.humana.com/FindCare**.

Copago de **\$15**

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

Humana.



Beneficios médicos (cont.)

Beneficio suplementario obligatorio 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 Medicare.

Puede encontrar el localizador de proveedores en **es-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.

Dentro de la red

VIS754

- Copago de **\$0** por examen rutinario, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$200** por año para lentes de contacto o anteojos: lentes y monturas, ajustes para anteojos: lentes y monturas.
- O
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$300** por año en un proveedor PLUS para lentes de contacto o anteojos-lentes y monturas, ajustes para anteojos-lentes y monturas.
- Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año.
- La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año.
- Los montos máximos de cobertura de beneficios no se pueden combinar.

Los proveedores PLUS forman parte de Humana Medicare Insight Network y mostrarán el indicador de proveedores PLUS en los resultados de búsqueda del localizador de proveedores en **es-www.humana.com/FindCare**.

SERVICIOS DE LA SALUD MENTAL

Pacientes internados

Este plan cubre hasta 190 días de por vida para el cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico

Copago de **\$225** por día por los días 1 a 5
Copago de **\$0** por día por los días 6 a 90

Consultas de terapia para la salud mental

- Hospitales para pacientes ambulatorios: Copago de **\$35**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$20**
- Telesalud: Copago de **\$20**

Servicios ambulatorios para la farmacodependencia

- Hospitales para pacientes ambulatorios: Copago de **\$35**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$20**
- Telesalud: Copago de **\$20**

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



Beneficios médicos (cont.)

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)

Este plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)

Copago de **\$20** por día por los días 1 a 20
Copago de **\$218** por día por los días 21 a 100

AMBULANCIA

Aérea

20% del costo

Terrestre

Copago de **\$335** por fecha de servicio

TRANSPORTE

Beneficio de transporte suplementario obligatorio

El afiliado **debe** 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.

Copago de **\$0** para localidades aprobadas por el plan, hasta 60 viajes sencillos por año. Este beneficio no debe exceder las 50 millas por viaje.

Flexibilidad y uniformidad en el beneficio de transporte médico que no es de emergencia

El afiliado **debe** 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.

Copago de **\$0** para ubicaciones aprobadas por el plan hasta una cantidad ilimitada de viajes sencillos por año para afiliados con enfermedad renal crónica (CKD, por sus siglas en inglés), enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) o diagnóstico de cáncer. Este beneficio no debe exceder las 50 millas por viaje.

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Es posible que algunos medicamentos de la Parte B reembolsables estén sujetos a un menor coseguro.

Vacunas y sueros antialérgicos

- Consultorio de un PCP: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$0**

Medicamentos para la quimioterapia

- Hospital para pacientes ambulatorios: **20%** del costo
- Consultorio de un especialista: **20%** del costo

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

Humana.



Beneficios médicos (cont.)

Otros medicamentos de la Parte B

- Hospital para pacientes ambulatorios: **20%** del costo
- Consultorio de un PCP: **20%** del costo
- Farmacia: **20%** del costo
- Consultorio de un especialista: **20%** del costo

Insulina de la Parte B

No pagará más de **\$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra este plan.

- Hospital para pacientes ambulatorios: **20%** del costo
- Consultorio de un PCP: **20%** del costo
- Farmacia: **20%** del costo
- Consultorio de un especialista: **20%** del costo



Beneficios de medicamentos recetados

ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN

Copagos de \$0

Copagos de **\$0** en farmacias y niveles seleccionados. Más detalles a continuación

Deducible

Deducible de **\$0** para Nivel 1, Nivel 2, y Nivel 3

Costos para insulina

No pagará más de **\$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra este plan

Suministro de 100 días

Suministro de hasta 100 días de medicamentos elegibles

Vacunas de \$0

Copago de **\$0** por las vacunas cubiertas de la Parte D para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés).

DEDUCIBLE

Deducible de **\$0** para Nivel 1, Nivel 2, y Nivel 3. Este plan tiene un deducible de **\$615** para medicamentos de 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.

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**.

Costos compartidos en farmacias

	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		Costos compartidos de pedido por correo estándar		Costos compartidos de pedido por correo preferido CenterWell Pharmacy™	
Días del suministro	30 días	100 días*	30 días	100 días*	30 días	100 días*
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0	\$0	\$10	\$30	\$0	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$5	\$15	\$20	\$60	\$5	\$0
Nivel 3: De marca preferidos	\$45	\$135	\$47	\$141	\$45	\$125
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	48%	48%	48%	48%	48%	48%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25%	No aplica	25%	No aplica	25%	No aplica

Usted tiene varias opciones para surtir sus medicamentos recetados, incluidas las farmacias de pedido por correo y minoristas. CenterWell Pharmacy® es la farmacia preferida de pedido por correo y costos compartidos para muchos planes de Humana, lo que significa que pueda pagar tan poco como **\$0** para ciertos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2. Obtenga más información en **CenterWellPharmacy.com**.

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

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

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.

Humana.

Costos compartidos para insulina

	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		Costos compartidos de pedido por correo estándar		Costos compartidos de pedido por correo preferido CenterWell Pharmacy™	
Días del suministro	30 días	100 días*	30 días	100 días*	30 días	100 días*
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0	\$0	25% hasta \$10	25% hasta \$30	\$0	\$0
Nivel 2: Genéricos	25% hasta \$5	25% hasta \$15	25% hasta \$20	25% hasta \$60	25% hasta \$5	\$0
Nivel 3: De marca preferidos	25% hasta \$35	25% hasta \$105	25% hasta \$35	25% hasta \$105	25% hasta \$35	25% hasta \$95
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25% hasta \$35	25% hasta \$105	25% hasta \$35	25% hasta \$105	25% hasta \$35	25% hasta \$105
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% hasta \$35	No aplica	25% hasta \$35	No aplica	25% hasta \$35	No aplica

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

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

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

COBERTURA CATASTRÓFICA

Después de que sus gastos totales de desembolso personal alcancen **\$2,100**, usted paga **\$0** por los medicamentos cubiertos por el plan de la Parte D.

AYUDA ADICIONAL

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

Antes de alcanzar su límite anual de desembolso personal de **\$2,100**, 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: 1-800-325-0778), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Para obtener más información sobre el beneficio de medicamentos recetados, llámenos o consulte nuestra Evidencia de cobertura en línea.

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



Beneficios adicionales

Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)

Copago de **\$15** por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.

Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)

Copago de **\$15**

Servicios de podología (cubiertos por Medicare)

Copago de **\$15**

EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS

Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)

- Proveedor de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): Copago de **\$0**
- Farmacia: Copago de **\$0**

Suministros para el control de la diabetes

- Proveedor para la diabetes: **20%** del costo
- Farmacia minorista de la red: **10%** del costo
- Proveedor preferido para la diabetes: Copago de **\$0**

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)

- Proveedor de DME: **20%** del costo

Suministros médicos

- Proveedor de suministros médicos: **20%** del costo

Humana.



Beneficios adicionales (Cont.)

Dispositivos protésicos y suministros relacionados

- Proveedor de prótesis: **20%** del costo

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Servicios de rehabilitación cardíaca

- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$15**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$15**

Terapia ocupacional

- Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de **\$25**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$25**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$25**

Terapia física

- Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de **\$25**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$25**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$25**

Servicios de rehabilitación pulmonar

- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$20**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$20**

Terapia del habla

- Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de **\$25**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$25**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$25**

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

- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$20**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$20**



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** para ver una copia de la Evidencia de cobertura (EOC) o llame al **800-833-2364**.

Over-the-counter (OTC) Allowance (Subsidio para productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés))

Subsidio trimestral de **\$50** en una tarjeta de gastos prepagada para comprar productos de salud y bienestar de venta sin receta aprobados en establecimientos minoristas participantes o a través del proveedor de pedido por correo de productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) aprobado del plan.

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

- Los montos de los subsidios trimestrales están disponibles para usar a principios de enero, abril, julio y octubre.
- Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.

Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red.

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

Beneficio de viajes HMO

Los afiliados pueden recibir beneficios dentro de la red cuando los servicios se reciben a través de un proveedor participante de la red nacional de Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) cuando están de viaje en otros estados.

Usted debe elegir a un médico de la red dentro del área de servicio mencionada en este folleto para actuar como su Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).

Programa de comidas Well Dine® de Humana

Copago de **\$0** por el programa de comidas Well Dine® de Humana.

Después de su hospitalización de paciente internado en un hospital o centro de enfermería, es posible que sea elegible para recibir 2 comidas entregadas a domicilio por día durante 7 días (hasta 14 comidas).

Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta de su hospitalización de paciente internado.

Límite de 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.

Recompensas e incentivos - Go365® by Humana

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

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



Puede ver la **Guía de medicamentos** de este plan en nuestro sitio web en **es-www.humana.com/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.

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.

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** para ver detalles adicionales de este plan, incluidos los beneficios y costos.

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

Active su cuenta segura de MyHumana.

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

¿Ya tiene una cuenta?

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

¿Todavía no tiene una cuenta?

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

Recepción de información sobre otros productos de seguro

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

Aviso de no discriminación

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

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

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

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

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

Este aviso está disponible en **[es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure](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: Զանգահարե՛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 សេវាកម្មជូនជ្រុងផ្សេងជំនួយសមាជិកបាន។ 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 ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ພຣີ.
ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjí' bee adahodooníílgíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjí' hodíłnih **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.

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

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

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

Bàsàw` [Bassa]: Wuḍu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, Hwòdò-fàńá-nyo, kè nyo-boŭń-po-kà bě bé nyuεε se wídí pɛ́ɛ-pɛ́ɛ 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 ìrànlowọ̀ èdè, àti ọ̀nà kíkà míràn wà lárọ̀wọ̀tó. 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.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Notas

H4461050000

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. At the very top, there is a dashed line. Below it are several solid horizontal lines spaced evenly apart, typical of notebook paper. The lines extend across the entire width of the page.

[illegible]

Humana Inc.

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

Información importante sobre este plan

es-www.humana.com