

Resumen de beneficios

HumanaChoice H7617-059 (PPO)

Texas

Determinados condados en Texas

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Texas: Aransas, Armstrong, Atascosa, Bandera, Bee, Bexar, Caldwell, Callahan, Cameron, Carson, Coleman, Collin, Comal, Cooke, Dallas, Deaf Smith, Dimmit, Ector, Edwards, El Paso, Ellis, Frio, Galveston, Grayson, Guadalupe, Hidalgo, Hill, Hood, Howard, Jefferson, Jim Wells, Johnson, Kaufman, Kendall, Kerr, Kleberg, Lubbock, Martin, Maverick, McLennan, Medina, Midland, Montague, Navarro, Nueces, Parker, Potter, Randall, Real, Rockwall, San Patricio, Shackelford, Tarrant, Willacy, Wilson, Wise, Wood.

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

- 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.
- 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.



Hablemos sobre HumanaChoice H7617-059 (PPO)

H7617059000

Obtenga más información sobre el plan HumanaChoice H7617-059 (PPO), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con este folleto fácil de usar.

HumanaChoice H7617-059 (PPO) es un plan PPO 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 HumanaChoice H7617-059 (PPO), 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

HumanaChoice H7617-059 (PPO)

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 HumanaChoice H7617-059 (PPO)

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

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

Como afiliado, es buena idea seleccionar a un médico para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP). HumanaChoice H7617-059 (PPO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores.



Una asociación saludable

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



Prima mensual, deducible y límites

COSTOS DEL PLAN

H7617059000

Prima mensual del plan	\$20 Si recibe asistencia con la prima, es posible que se reduzca la prima de este plan. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Reducción en la prima de Parte B¹	Su plan reducirá su prima mensual de la Parte B hasta \$2 pero por no más de la prima de la Parte B de Medicare Original para el 2026.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	Deducible de \$0 para Nivel 1 y Nivel 2 Deducible de \$420 para Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5
Límite máximo de gastos de desembolso personal para cuidado médico	\$7,700 dentro de la red \$13,900 combinado dentro y fuera de la red La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos durante el año.

¹La Administración del Seguro Social podría tardar varios meses en completar el proceso. Esto significa que es posible que no vea el aumento en su cheque del Seguro Social durante varios meses después de la fecha de vigencia de este plan. Los aumentos faltantes serán agregados a su siguiente cheque después de que se haya completado el proceso.



Beneficios médicos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN		
Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización de paciente internado.	Copago de \$345 por día por los días 1 a 6 Copago de \$0 por día por los días 7 a 90	Copago de \$475 por día por los días 1 a 25 Copago de \$0 por día por los días 26 a 90
COBERTURA HOSPITALARIA AMBULATORIA		
Colonoscopia de diagnóstico	Copago de \$0	Copago de \$0
Mamografía de diagnóstico	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de cirugía	Copago de \$350	50% 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.)

H7617059000

DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED

CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Servicios de colonoscopia de diagnóstico

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Servicios de cirugía

Copago de **\$270**

50% del costo

CONSULTAS AL MÉDICO

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)

- Consultorio de un PCP
- Telesalud

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

35% del costo

Sin cobertura

Especialista

- Consultorio del especialista
- Telesalud

Copago de **\$40**

Copago de **\$40**

35% 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 35%** del costo, según el servicio y el lugar donde se provea

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

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**.



DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED

- Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular

Cuidado de diabetes

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

Guía y apoyo dietético

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

Pruebas de detección y vacunas rutinarias

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

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.



DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED

- sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoramiento
- Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco

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

CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA

Servicios en casos de emergencia en la sala de emergencias

Si se le admite en el mismo hospital dentro de 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por el cuidado médico en casos de emergencia que recibió.

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.

Copago de **\$115**

Copago de **\$115**

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



Beneficios médicos (cont.)

H7617059000

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA		
• Telesalud	Copago de \$40	Sin cobertura
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de \$40	Copago de \$40
<p>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.</p>		
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES		
Servicios de imágenes avanzadas (escaneos MRI, MRA, PET y de CT)		
• Centro de radiología independiente	Copago de \$200	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$300	50% del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de \$200	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$200	50% 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.



	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios de radiología básicos (radiografías)		
• Centro de radiología independiente	Copago de \$50	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$130	50% del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de \$0	35% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$35	50% del costo
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de \$40	50% del costo
Mamografía de diagnóstico		
• Centro de radiología independiente	Copago de \$0	Copago de \$0
• Consultorio del especialista	Copago de \$0	Copago de \$0
Procedimientos y pruebas de diagnóstico		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$175	50% del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de \$0	35% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$40	35% del costo
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de \$40	50% del costo
Servicios de laboratorio		
• Laboratorio independiente	Copago de \$0	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$50	50% del costo
• Consultorio de un PCP	Copago de \$0	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$0	50% del costo
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de \$40	50% del costo
Servicios y medicina nuclear		
• Centro de radiología independiente	Copago de \$200	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$360	50% del costo

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



Beneficios médicos (cont.)

H7617059000

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Estudio del sueño		
• Hogar del afiliado	Copago de \$0	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$175	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$175	50% del costo
Radiología terapéutica (Radioterapia)		
• Centro de radiología independiente	20% del costo	50% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	20% del costo	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$45	50% del costo
 SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN		
Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de \$40	35% del costo
Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición	<p>HER937</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. • Copago de \$699 por cada 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. <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de seguimiento ilimitadas al proveedor durante el primer año después de la compra del audífono TruHearing • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida de 3 años • 80 baterías por audífono para modelos no recargables 	<p>Se debe comprar los audífonos a través de TruHearing. La cobertura no se proveerá por los audífonos comprados de un proveedor no participante.</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.

Humana

**DENTRO DE LA RED****FUERA DE LA RED**

- 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 de 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 responsabilidad del afiliado. El afiliado es responsable de cualquier cantidad por encima de

DEN356

- 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 recementado de puente, puente fijo, recementado de corona, radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años.
- Copago de **\$0** por puentes-corona, hasta 2 cada 5 años.
- Copago de **\$0** por coronas, otros servicios de restauración - ampliación de muñón y poste y

DEN356

- 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 recementado de puente, puentes-puentes fijos, recementado de corona, radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años.
- Copago de **\$0** por puentes-corona, hasta 2 cada 5 años.
- Copago de **\$0** por coronas, otros servicios de restauración - ampliación de muñón y poste y

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.)

H7617059000

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). Consultar a un proveedor dentro de la red puede resultar en ahorros significativos. Los beneficios suplementarios obligatorios dentales se proveen a través de la red de Medicare de Humana Dental. Se puede encontrar el localizador de proveedores para nuestra red de todo el país en es-www.humana.com/FindCare.

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**

DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<p>muñón prefabricados, conducto radicular, retratamiento de conducto radicular, hasta 1 por diente de por vida.</p> <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$0 por radiografías de mordida, radiografías intraorales, hasta 1 juego(s) por año.• Copago de \$0 por examen de diagnóstico de emergencia, 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.• 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 combinada de \$1,000 por año para todos los beneficios preventivos/de diagnóstico e integrales.	<p>muñón prefabricados, conducto radicular, retratamiento de conducto radicular, hasta 1 por diente de por vida.</p> <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$0 por radiografías de mordida, radiografías intraorales, hasta 1 juego(s) por año.• Copago de \$0 por examen de diagnóstico de emergencia, 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.• 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 combinada de \$1,000 por año para todos los beneficios preventivos/de diagnóstico e integrales.• Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones de 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.

Humana



DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED

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 facturar a los afiliados 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 cuadro de tarifas dentro de la red (INFS, por sus siglas en inglés) negociadas promedio en su área. Consulte el Capítulo 2, Solicitudes de pago - Información de contacto en su Evidencia de cobertura, o visite **es-www.humana.com** para

*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**.*



DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED



SERVICIOS PARA LA VISTA

Anteojos (después de una cirugía de cataratas)	Copago de \$0	Copago de \$0
Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare	Copago de \$0	35% del costo
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 \$40	35% del costo
Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la vista Infórmale al proveedor de la red que usted pertenece a la red Humana Medicare Insight. TENGA EN CUENTA: la red de proveedores para sus beneficios suplementarios de servicios para la vista a través de la red Humana Medicare Insight puede ser diferente a la red de proveedores para los beneficios de servicios para la vista cubiertos por Medicare. Puede encontrar el localizador de proveedores en es-www.humana.com/FindCare . El subsidio para beneficios se aplica al precio minorista. El afiliado es responsable de cualquier costo que supere la cantidad aprobada por el plan.	VIS751 <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$0 por examen rutinario, hasta 1 por año.• Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de \$75 por año para examen rutinario.• Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$75 por año para lentes de contacto o anteojos: lentes y monturas, ajustes para anteojos: lentes y monturas.• 0• Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$150 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. VIS751 <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$0 por examen rutinario, hasta 1 por año.• Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de \$75 por año para examen rutinario.• Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de \$75 por año para lentes de contacto o anteojos-lentes y monturas, ajustes para anteojos-lentes y monturas.• Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año.• La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año.• Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las	

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.)

H7617059000

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<p>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.</p>	<p>máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año.</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>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.</p>	<p>cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones de beneficios dentro de la red</p> <ul style="list-style-type: none">• No se pueden combinar las cantidades máximas de cobertura de beneficios.

SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL

Paciente internado

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

Copago de **\$335** por día por los días 1 a 6

Copago de **\$0** por día por los días 7 a 90

Copago de **\$475** por día por los días 1 a 25

Copago de **\$0** por día por los días 26 a 90

Consultas de terapia para la salud mental

- Hospital para pacientes ambulatorios
- Consultorio del especialista
- Telesalud

Copago de **\$35**

Copago de **\$30**

Copago de **\$30**

50% del costo

35% del costo

Sin cobertura

Servicios ambulatorios para la farmacodependencia

- Hospital para pacientes ambulatorios
- Consultorio del especialista
- Telesalud

Copago de **\$35**

Copago de **\$30**

Copago de **\$30**

50% del costo

35% del costo

Sin cobertura

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.)

H7617059000

DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Este plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF)	Copago de \$0 por día por los días 1 a 20 Copago de \$218 por día por los días 21 a 100	50% del costo por los días 1 a 100
---	--	---

AMBULANCIA

Aérea	20% del costo	20% del costo
Terrestre	Copago de \$335 por fecha de servicio	Copago de \$335 por fecha de servicio

TRANSPORTE

Sin cobertura

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

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

Vacunas y sueros antialérgicos:

• Consultorio de un PCP	Copago de \$0	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$0	50% del costo

Medicamentos para quimioterapia

• Hospital para pacientes ambulatorios	20% del costo	50% del costo
• Consultorio del especialista	20% del costo	50% 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.)

H7617059000

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Otros medicamentos de la Parte B		
• Hospital para pacientes ambulatorios	20% del costo	50% del costo
• Consultorio de un PCP	20% del costo	50% del costo
• Farmacia	20% del costo	50% del costo
• Consultorio del especialista	20% del costo	50% del costo
Insulina de la Parte B		
• Hospital para pacientes ambulatorios	20% del costo	50% del costo
• Consultorio de un PCP	20% del costo	50% del costo
• Farmacia	20% del costo	50% del costo
• Consultorio del especialista	20% del costo	50% 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.		



Beneficios de medicamentos recetados

ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN

Copagos de \$0	Copagos de \$0 en farmacias y niveles seleccionados. Más detalles a continuación.
Deductible	Deductible de \$0 para Nivel 1 y Nivel 2
Costos para insulina	No pagará más de \$35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra este plan
Suministro para 100 días	Suministro de hasta 100 días de medicamentos elegibles
Vacunas de \$0	Copago de \$0 por las vacunas cubiertas de la Parte D para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés).

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.

DEDUCIBLE

Deducible de **\$0** para Nivel 1 y Nivel 2. Este plan tiene un deducible de **\$420** para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Usted pagará el costo total de estos medicamentos hasta que alcance **\$420**. Luego, solo paga su costo compartido.

COBERTURA INICIAL

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

Costos compartidos en farmacias

	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		Costos compartidos de pedido por correo estándar		Costos compartidos de pedido por correo preferido CenterWell Pharmacy™	
Días de suministro	30 días	100 días*	30 días	100 días*	30 días	100 días*
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0	\$0	\$10	\$30	\$0	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$5	\$15	\$20	\$60	\$5	\$0
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$141	\$47	\$131
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	48%	48%	48%	48%	48%	48%
Nivel 5: Nivel de especialidad	28%	No aplica	28%	No aplica	28%	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 el plan independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

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**](http://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 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: 800-325-0778), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Para más información sobre su beneficio para medicamentos recetados, llámenos o consulte su Evidencia de cobertura en línea.

Si reside en un centro de cuidado 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

H7617059000

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)	Copago de \$40 por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.	Copago de \$40 por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones del beneficio dentro de la red.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	Copago de \$15	40% del costo
Servicios de podología (cubiertos por Medicare)	Copago de \$40	35% del costo

EQUIPO / SUMINISTROS MÉDICOS

Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)		
• Proveedor de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	Copago de \$0	50% del costo
• Farmacia	Copago de \$0	50% del costo
Suministros para el control de la diabetes		
• Proveedor para la diabetes	20% del costo	50% del costo
• Farmacia minorista de la red	10% del costo	50% del costo
• Proveedor preferido para la diabetes	Copago de \$0	Sin cobertura
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	15% del costo	50% del costo
Suministros médicos de un proveedor de suministros médicos	20% del costo	50% del costo
Prótesis y suministros relacionados de un proveedor de prótesis	20% del costo	50% del costo



Beneficios adicionales (Cont.)

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

H7617059000

Servicios de rehabilitación

cardíaca

• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$20	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$20	Copago de \$65

Terapia ocupacional

• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de \$25	35% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$25	35% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$25	35% del costo

Terapia física

• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de \$25	35% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$25	35% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$25	35% del costo

Servicios de rehabilitación

pulmonar

• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$15	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$15	Copago de \$65

Terapia del habla

• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de \$25	35% del costo
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$25	35% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$25	35% del costo

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 \$15	50% del costo
• Consultorio del especialista	Copago de \$15	50% del costo

Humana



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**.

H7617059000

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

Subsidio trimestral de **\$45** 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 vence al final del trimestre.

- 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.

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 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.

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.

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.



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

El beneficio de reducción de la prima de la Parte B paga parte o la totalidad de su prima de la Parte B y el monto puede cambiar según el monto que pague por la prima de la Parte B.

Humana.

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.

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]: توفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجاناً. اتصل على الرقم **877-320-1235** (الهاتف النصي: 711).

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ծեսաշափի ծառայություններ: Չափահարեք՝ **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 fòma 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 **1235-877-320-1235** (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]: નિઃશુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235** (TTY: 711) પર કોલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בח'ינם: שירות תרגום, אביזרי עזר ותקופתיים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235** (TTY: 711).

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

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

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>.

GHNOA2025HUM_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]: សេវាកម្មផ្លូវការសារ ដំឡើយ និង សេវាកម្មជានម្រាងដៃងជំនួសអាជារាបាន។ 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, ອັບກອນຈ່າວລເຖີ່ມ ເວັບ ກຸດ້ບົບທາງເວີອກອື່ນໃຫ້ໄວ້ພົກ. ໃຫ້ 877-320-1235 (TTY: 711).

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjí' bee adahodoonílígíí diné bich'í' anídahazt'i'i, dóó ɬahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjí' hodíilnih **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, 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 serbisyon 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)** ஜி 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]:- አዲስ አበባ ማስተዳደር እና አማራራቅ ቅርቡ የኢትዮ-አማራጊዣ ይገኛል፡፡ 877-320-1235 (TTY: 711) ላይ ይደውሉ፡፡

Bāsaw̄ [Bassa]: Wuqu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, Hwòdqō-fíńo-nyo, kè nyɔ-bɔúñ-po-kà bě bé nyuee se wíqí pèè-péè dò kò. **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

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

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn isé àtiléhìn ìrànlówó èdè, àti ọnà kíkà míràn wà lárówótó. 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.

Notas

H7617059000

Notas

H7617059000

Humana®

Notas

H7617059000

Notas

H7617059000

Humana®

Humana Inc.

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

Información importante sobre este plan

es-www.humana.com

H7617_SB_MAPD_PPO_059000_2026_SP_M