2027

Resumen de beneficios

Humana Premier Rx Plan (PDP) S5884-168

Estado de Texas

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) estado(s): Texas.

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 **877-529-9871 (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 **877-529-9871 (TTY: 711)** para ver una copia de la EOC.
- ☐ 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 2028.
- ☐ **Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan para medicamentos recetados de Medicare, su cobertura actual de cuidado de la salud finalizará una vez que comience su nueva cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Si tiene TRICARE, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información, póngase en contacto con TRICARE.

Hablemos sobre Humana Premier Rx Plan (PDP)

Obtenga más información sobre Humana Premier Rx Plan (PDP), incluidos los servicios de medicamentos que cubre, con este folleto fácil de usar.

Humana Premier Rx Plan (PDP) es un plan de medicamentos recetados independiente con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

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

Para ser elegible

Para inscribirse en Humana Premier Rx Plan (PDP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, y/o estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nombre del plan

Humana Premier Rx Plan (PDP)

Cómo contactarnos

Si usted es afiliado de este plan, llame sin costo al: **800-281-6918 (TTY: 711)**.

Si **no** es afiliado de este plan, llame sin costo al: **877-529-9871 (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 Premier Rx Plan (PDP)

¿Tiene Medicare y Medicaid? Si es beneficiario con doble elegibilidad inscrito tanto en Medicare como en el programa del estado, los costos de medicamentos recetados podrían 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.

Humana Premier Rx Plan (PDP) ofrece una red de farmacias con costos compartidos preferidos en farmacias seleccionadas. Es posible que pague más en otras farmacias.

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	**$137.50** Si recibe asistencia con la prima, es posible que se reduzca la prima de este plan. Si usted tiene la Parte B, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible de farmacia (Parte D)	Deducible de **$0** para Nivel 1, Nivel 2, y Nivel 3 Deducible de **$350** para Nivel 4 y Nivel 5

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
Cobertura de medicamentos excluidos	Cobertura de medicamentos adicional para lo siguiente: Medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés) Vitaminas recetadas
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 **$350** para medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5. Usted paga el costo total de estos medicamentos hasta que alcance **$350**. Luego, usted solo paga su costo compartido, y entra en la Etapa de cobertura inicial.

COBERTURA INICIAL

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

Costos compartidos para farmacias de pedido por correo				
	Costos compartidos de pedido por correo estándar		**Costos compartidos de pedido por correo preferido** CenterWell Pharmacy®	
Días del suministro	**30 días**	**90 días***	**30 días**	**90 días***
Nivel 1: Genéricos preferidos	$5	$15	$0	$0
Nivel 2: Genéricos	$10	$30	$0	$0
Nivel 3: De marca preferidos	16%	16%	16%	11%
Nivel 4: No preferidos	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	29%	No aplica	29%	No aplica
Costos compartidos para farmacias minoristas				
	Costos compartidos minoristas estándar		**Costos compartidos a minoristas preferidos**	
Días del suministro	**30 días**	**90 días***	**30 días**	**90 días***
Nivel 1: Genéricos preferidos	$5	$15	$0	$0
Nivel 2: Genéricos	$10	$30	$4	$12
Nivel 3: De marca preferidos	16%	16%	16%	16%
Nivel 4: No preferidos	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	29%	No aplica	29%	No aplica

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

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

*Algunos medicamentos están limitados a un suministro de 30 días.

Humana.

Costos compartidos de pedido por correo para insulinas seleccionadas				
	Costos compartidos de pedido por correo		Costos compartidos preferidos de pedido por correo CenterWell Pharmacy®	
Días del suministro	**30 días**	**90 días***	**30 días**	**90 días***
Nivel 1: Genéricos preferidos	25% hasta $5	25% hasta $15	$0	$0
Nivel 2: Genéricos	15% hasta $10	15% hasta $30	$0	$0
Nivel 3: De marca preferidos	16% hasta $20	16% hasta $60	16% hasta $20	11% hasta $60
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	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

Costos compartidos para insulinas minoristas				
	Costos compartidos minoristas estándar		Costos compartidos minoristas preferidos	
Días del suministro	**Suministro de 30 días**	**90 días***	**Suministro de 30 días**	**90 días***
Nivel 1: Genéricos preferidos	25% hasta $5	25% hasta $15	$0	$0
Nivel 2: Genéricos	15% hasta $10	15% hasta $30	15% hasta $4	15% hasta $12
Nivel 3: De marca preferidos	16% hasta $20	16% hasta $60	16% hasta $20	16% hasta $60
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	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

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

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

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

*Algunos medicamentos están limitados a un suministro de 30 días.

COBERTURA CATASTRÓFICA

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

COBERTURA DE MEDICAMENTOS EXCLUIDOS	
Medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés)	Ciertos medicamentos con cobertura por la cantidad de costos compartidos del Nivel 2.
Vitaminas recetadas	Ciertos medicamentos con cobertura por la cantidad de costos compartidos del Nivel 2.

*Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura de Medicamentos excluidos.

AYUDA ADICIONAL

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

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

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

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

Los costos compartidos pueden variar según la farmacia que elija, cuando ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D y si es elegible para obtener Ayuda adicional. Para determinar si es elegible para obtener Ayuda adicional, contacte a la Oficina del Seguro Social al 800-772-1213 (TTY: 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 estándar. 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.

Humana.

Obtenga **más** información

Puede ver el **Directorio de farmacias** de este plan en nuestro sitio web en **es-www.humana.com/finder/pharmacy** o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos uno.

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

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.

Las redes de farmacias del plan de medicamentos recetados Humana Premier Rx Plan (PDP) incluyen un número limitado de farmacias preferidas, con costos menores, en las áreas urbanas de CT, DE, IA, IN, KY, MA, ME, MI, MN, MO, ND, NJ, NY, OH, RI, SD, WI, WV; las áreas suburbanas de CT, DE, HI, IN, MA, MI, MN, MS, MT, ND, NH, NJ, NY, OH, PA, RI, WI, WV; y en las áreas rurales de IA, MN, MT, ND, NE, SD, VT, WY. Hay un número muy reducido de farmacias con costos compartidos preferidos en las áreas urbanas de los siguientes estados: DE, MI, MN, ND; las áreas suburbanas de: MT y ND; y las áreas rurales de: ND. Es posible que los costos menores anunciados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso si hay farmacias preferidas con costos menores en su área, llame a Atención al cliente al 800-281-6918 (TTY: 711) o consulte el directorio de farmacias en línea en **es-www.humana.com/PlanInformation**.

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

Más información a solo un clic de distancia

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

Si desea que se le envíe por correo una copia impresa de la Evidencia de cobertura, el Directorio de proveedores o la Guía de medicamentos, puede solicitarla en línea en el sitio web que se indica anteriormente, o llamar al **800-281-6918 (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.

Humana.

Aviso de no discriminación

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

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

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

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

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

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

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

GHHNDN2026HUM_0526

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GHHNOA2026HUM_0526

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Notas

Humana.

Notas

Notas

Humana.

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

Información importante sobre este plan

es-www.humana.com

S5884_SB_PD_PDP_168000_2027_SP_M