2027

Resumen de beneficios

Humana Gold Plus SNP-DE H4461-072 (HMO D-SNP)

Houston/Dallas-Fort Worth/Este de Texas

Áreas de Houston| Dallas-Fort Worth y el este de Texas

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Texas: Anderson, Bowie, Collin, Dallas, Denton, Fort Bend, Gregg, Harris, Jefferson, Johnson, Kaufman, Orange, Rockwall, San Jacinto, Smith, Tarrant, Upshur, Van Zandt, 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 **888-873-0686 (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 **888-873-0686 (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. Las primas de la Parte A/Parte B podrían ser pagadas por Texas Health and Human Services (HHS) Medicaid Program.
- ☐ 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 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.
- ☐ Este plan es un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid. Este plan puede inscribir a QMB+, SLMB+.

Hablemos sobre Humana Gold Plus SNP-DE H4461-072 (HMO D-SNP)

Obtenga más información sobre el plan Humana Gold Plus SNP-DE H4461-072 (HMO D-SNP), incluidos los servicios de salud y de medicamentos que cubre, con este folleto fácil de usar.

Humana Gold Plus SNP-DE H4461-072 (HMO D-SNP) es un plan de Necesidades especiales para personas con doble elegibilidad con un contrato con Medicare y un contrato con Texas Health and Human Services (HHS) Medicaid Program. La inscripción en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

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

Como afiliado debe seleccionar a un médico dentro de la red dentro del área de servicio que aparezca en este folleto para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Humana Gold Plus SNP-DE H4461-072 (HMO D-SNP) 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, a menos que el servicio se cubre bajo las reglas de fuera de la red o punto de servicio del plan, o se aplica otra excepción.

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

Para ser elegible

Si usted recibe tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid, esto significa que usted tiene doble elegibilidad. Para inscribirse en Humana Gold Plus SNP-DE H4461-072 (HMO D-SNP), un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y además recibir determinados niveles de asistencia de Texas Health and Human Services (HHS) Medicaid Program.

Humana Gold Plus SNP-DE H4461-072 (HMO D-SNP) puede inscribir a QMB+, SLMB+.

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

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

Humana.

Nombre del plan:
Humana Gold Plus SNP-DE H4461-072 (HMO D-SNP)

Más información sobre Humana Gold Plus SNP-DE H4461-072 (HMO D-SNP)
Como afiliado de este plan, usted no será responsable de los costos compartidos para los beneficios del plan. La tabla comparativa de beneficios de Medicaid muestra los beneficios específicos que Medicaid puede cubrir para algunos afiliados con doble elegibilidad. Trabajará con su coordinador de cuidado de Humana para comprender y acceder a estos beneficios. La tabla de beneficios médicos y hospitalarios cubiertos muestra los beneficios que usted recibirá de Humana.

Asegúrese de mostrar la tarjeta de identificación de Texas Health and Human Services (HHS) Medicaid Program además de su tarjeta de afiliado de Humana para que su proveedor tenga conocimiento de que usted también tiene cobertura de Medicaid. Es posible que usted deba pagar un pequeño copago específico de Medicaid. Humana paga primero sus servicios y luego los paga Medicaid.

Cómo contactarnos:
Si tiene preguntas sobre sus beneficios o sobre su nivel de elegibilidad para recibir asistencia de Medicaid, debe contactar al Departamento de Atención al cliente de Humana o a Texas Health and Human Services (HHS) Medicaid Program para obtener más detalles.

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

Si **no** es afiliado de este plan, llame sin costo al: **888-873-0686 (TTY: 711)**.

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

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

Los beneficios de Medicaid se validaron por última vez el 1 de julio de 2026 y están sujetos a cambio. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Texas visite el sitio web de Texas Health and Human Services (HHS) Medicaid Program, en **https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip** o llame a la línea directa de Medicaid al 800-252-8263 (llamada gratuita) 512-424-6597 (TTY).



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

Prima mensual, deducible y límites

Prima mensual del plan	**$0** Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Su prima de la Parte A y/o su prima de la Parte B pueden ser pagadas en su nombre por Texas Health and Human Services (HHS) Medicaid Program.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	Si usted recibe Ayuda adicional, este plan tiene un deducible de **$0**. Si no recibe Ayuda adicional, su plan tiene un deducible de **$700** para medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5. Consulte la sección de Beneficios de medicamentos recetados a continuación.
Límite máximo de gastos de desembolso personal para cuidado médico La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos durante el año	**$9,850** dentro de la red Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare según Texas Health and Human Services (HHS) Medicaid Program, no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal en función de la cantidad máxima de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Beneficios médicos

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

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA
COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS	
Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización.	Copago de **$0**
COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS	
Colonoscopia de diagnóstico	Copago de **$0**
Mamografía de diagnóstico	Copago de **$0**
Servicios de cirugía	Copago de **$0**
CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA	
Colonoscopia de diagnóstico	Copago de **$0**
Servicios de cirugía	Copago de **$0**
CONSULTAS AL MÉDICO	
Proveedor de cuidado primario (PCP)	
• Consultorio de un PCP	Copago de **$0**
• Telesalud	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****.*

Humana.

Beneficios médicos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA
Especialista	
• Consultorio de un especialista	Copago de **$0**
• Telesalud	Copago de **$0**
CUIDADO PREVENTIVO	
Este plan cubre todos los servicios preventivos de Medicare, los cuales incluyen:	Copago de **$0**
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	
Pruebas de detección y vacunas rutinarias	
• Consulta de bienestar anual (AWV, por sus siglas en inglés)	
• Vacunas	

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.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA
• 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 Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.	
CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA	
Sala de emergencias Si se le admite en el mismo hospital dentro de 24 horas por la misma afección, usted paga $0 por el cuidado médico en casos de emergencia que ha recibido.	Copago de **$0**
SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA	
• **Telesalud** • **Centro de cuidado de 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.	Copago de **$0** 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****.*

Humana.

Beneficios médicos (cont.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA
COBERTURA MUNDIAL	
• **Ambulancia de emergencia**	Copago de **$0**
• **Sala de emergencias: hospital**	Copago de **$0**
• **Centro de cuidado de urgencia**	Copago de **$0**
Si tiene una emergencia o necesita un servicio con urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por los servicios prestados por adelantado y podrá solicitar su reembolso. Si es admitido en el hospital en las siguientes 24 horas por la misma afección, paga $0 por la atención de emergencia que recibió.	
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES	
Servicios de imágenes avanzadas (escaneos MRI, MRA, PET y CT):	
• Centro de radiología 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**
Servicios de radiología básicos (radiografías):	
• Centro de radiología 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 **$0**
Mamografía de diagnóstico	
• Centro de radiología independiente	Copago de **$0**
• Consultorio de un especialista	Copago de **$0**
Pruebas y procedimientos de diagnóstico:	
• 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 **$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.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA
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 **$0**
Servicios y medicina nucleares	
• Centro de radiología independiente	Copago de **$0**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**
Estudio del sueño	
• Hogar del afiliado	Copago de **$0**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**
• Consultorio de un especialista	Copago de **$0**
Radiología terapéutica (Radioterapia)	
• Centro de radiología independiente	Copago de **$0**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**
• Consultorio de un especialista	Copago de **$0**

SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN

Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de **$0**
Beneficio suplementario obligatorio para servicios de la audición	**HER100** • Copago de **$0** para exámenes de audición de rutina, hasta 1 por año. • Copago de **$0** para ajuste hasta 1 por año. • Copago de **$0** para consultas de seguimiento con el proveedor hasta 3 por año. • Copago de **$0** para cada audífono recetado de Nivel 1, hasta 1 por oído por año. • Nota: Incluye 3 años de baterías por audífono no recargable (hasta 60 celdas por oído, por año) y 3 años de garantía. • Un ajuste y tres consultas de seguimiento con el proveedor durante el primer año después de la compra del audífono, con el proveedor original.

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.)

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

SERVICIOS DENTALES

Servicios dentales cubiertos por Medicare	Copago de **$0**
Beneficio suplementario obligatorio para servicios dentales Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más detalles. **Límites de beneficios** • 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**. **Proveedores de la red** • 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	**DEN345** • Copago de **$0** por empaste de amalgama o resina compuesta, hasta 1 por diente por superficie cada 2 años. • Copago de **$0** por recementación de coronas, hasta 1 cada 2 años. • 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, hasta 1 cada 3 años. • Copago de **$0** por coronas, otros servicios de restauración: reconstrucción del muñón y postes y muñones prefabricados, hasta 1 por diente cada 5 años. • Copago de **$0** por pónticos de puente, radiografías panorámicas o de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años. • Copago de **$0** por coronas de puente, hasta 2 cada 5 años. • Copago de **$0** por diente por conducto radicular, retratamiento de conducto radicular, extracción simple o quirúrgica, hasta 1 de por vida. • Copago de **$0** por óxido nitroso/analgesia necesarios con servicio cubierto, hasta 1 unidad por consulta. • Copago de **$0** por radiografía de mordida, recementación de puentes, raspado por inflamación moderada, hasta 1 por año. • Copago de **$0** por examen diagnóstico de emergencia, tratamiento de emergencia para el dolor, anestesia general necesaria con servicio

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.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA
negociadas (pero el pago de cualquier coseguro pertinente continúa siendo aplicable).	cubierto, 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 radiografías intraorales, hasta 6 por año. • Copago de **$0** por año para anestesia incremental necesaria con servicio cubierto, hasta según sea necesario con códigos cubiertos. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$3,000** por año para todos los beneficios de diagnóstico/preventivos 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 del proveedor de servicios para la vista cubiertos por Medicare en **es-www.humana.com/FindCare**.	Copago de **$0**
Beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista Infórmele al proveedor de la red que usted pertenece a la red Humana Medicare Insight. TENGA EN CUENTA: la red de proveedores para sus beneficios suplementarios para la vista a través de la red Humana Medicare Insight puede ser diferente a la red de proveedores para los beneficios de servicios para la vista cubiertos por Medicare. Se proveen los beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista a través de la red Humana Medicare Insight. Puede encontrar el localizador de proveedores en **es-www.humana.com/FindCare**. El beneficio se aplica al precio minorista. El afiliado es responsable	**VIS735** • Copago de **$0** por examen rutinario, hasta 1 por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$150** 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 **$250** 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.

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.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA
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.	• La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año. • No se pueden combinar las cantidades máximas de cobertura de beneficios. Los proveedores PLUS forman parte de Humana Medicare Insight Network y aparecen en los resultados de búsqueda del localizador de proveedores.
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 **$0**
Consultas de terapia para salud mental	
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**
• Consultorio de un especialista	Copago de **$0**
• Telesalud	Copago de **$0**
Servicios ambulatorios para farmacodependencia	
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**
• Consultorio del especialista	Copago de **$0**
• Telesalud	Copago de **$0**
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**
AMBULANCIA	
	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.)

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA
TRANSPORTE	
Beneficio de transporte suplementario obligatorio El afiliado ***debe*** comunicarse con el proveedor de transporte al menos 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 48 viajes sencillos por año. Este beneficio no debe exceder las 75 millas por viaje de ida.
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 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 75 millas por viaje de ida.
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE	
Vacunas y sueros antialérgicos	
• Consultorio de un PCP	Copago de **$0**
• Consultorio de un especialista	Copago de **$0**
Medicamentos para quimioterapia	
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**
• Consultorio de un especialista	Copago de **$0**
Otros medicamentos de la Parte B	
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**
• Consultorio de un PCP	Copago de **$0**
• Farmacia	Copago de **$0**
• Consultorio de un especialista	Copago de **$0**
Insulina de la Parte B	
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**
• Consultorio de un PCP	Copago de **$0**
• Farmacia	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****.*

Humana.

Beneficios de medicamentos recetados

ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN

Ayuda adicional	La mayoría de nuestros afiliados cumplen los requisitos y reciben Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted está en el programa de Ayuda adicional, consulte la sección de Ayuda adicional a continuación para ver su deducible y costos compartidos de la Etapa de cobertura inicial.
Suministro de 100 días	Suministro de hasta 100 días de medicamentos elegibles
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.
Vacunas de $0	Copago de **$0** por vacunas cubiertas por la Parte D para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés).

AYUDA ADICIONAL

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

Antes de alcanzar su límite anual de desembolso personal de **$2,400**, usted 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: 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.

DEDUCIBLE

Este plan tiene un deducible de **$700** para medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5. Usted paga el costo total de estos medicamentos hasta que alcance **$700**. 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 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	$0	$0	$20	$60	$0	$0
Nivel 3: De marca preferidos	17%	17%	17%	17%	17%	17%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	44%	44%	44%	44%	44%	44%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25%	No aplica	25%	No aplica	25%	No aplica

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

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

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	$0	$0	16% hasta $20	16% hasta $60	$0	$0
Nivel 3: De marca preferidos	17% hasta $35	17% hasta $105	17% hasta $35	17% hasta $105	17% hasta $35	17% hasta $105
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.

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**.

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.

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 costos totales de desembolso personal alcancen **$2,400**, usted paga **$0** por los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan.

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

Beneficios adicionales

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA
Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)	Copago de **$0** para acupuntura por dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	Copago de **$0**
Servicios de podiatría (cubierto por Medicare)	Copago de **$0**
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**
• Farmacia	Copago de **$0**
• Farmacia preferida	Copago de **$0**
Suministros para el control de la diabetes	
• Proveedor para diabetes	Copago de **$0**
• Farmacia minorista de la red	Copago de **$0**
• Proveedor preferido para diabetes	Copago de **$0**
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	Copago de **$0**
Suministros médicos en un suministrador de suministros médicos	Copago de **$0**
Dispositivos protésicos y suministros relacionados	Copago de **$0**
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	
Servicios de rehabilitación cardíaca	
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**
• Consultorio de un especialista	Copago de **$0**
Terapia ocupacional	
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de **$0**
• Hospital para pacientes ambulatorios	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****.*

Humana.

Beneficios adicionales *(cont.)*

	LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA
Terapia física	
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de **$0**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**
• Consultorio de un especialista	Copago de **$0**
Servicios de rehabilitación pulmonar	
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**
• Consultorio de un especialista	Copago de **$0**
Terapia del habla	
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de **$0**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**
• Consultorio de un especialista	Copago de **$0**
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 **$0**
• Consultorio de un especialista	Copago de **$0**

Comparación de beneficios de Medicaid

Los beneficios descritos en la sección Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos que figura anteriormente están cubiertos por Humana Gold Plus SNP-DE H4461-072 (HMO D-SNP). Para cada beneficio descrito a continuación, puede ver lo que cubre Texas Health and Human Services (HHS) Medicaid Program y lo que cubre este plan.

Todos los beneficios de Medicaid están sujetos a las pautas y requisitos de elegibilidad de Texas Health and Human Services (HHS) Medicaid Program, y están disponibles solo para personas con doble elegibilidad completa. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, revise su Manual para los afiliados o comuníquese con Texas Health and Human Services (HHS) Medicaid Program al 800-252-8263 (llamada gratuita) 512-424-6597 (TTY).

BENEFICIO	BENEFICIO DE MEDICAID	BENEFICIO DE ESTE PLAN
Ambulancia	Hay cobertura	Hay cobertura
Centro de cirugía ambulatoria	Hay cobertura	Hay cobertura
Servicios de diagnóstico, laboratorio, e imágenes	Hay cobertura	Hay cobertura
Visitas a un médico	Hay cobertura	Hay 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****.*

BENEFICIO	BENEFICIO DE MEDICAID	BENEFICIO DE ESTE PLAN
Cuidado médico en casos de emergencia	Hay cobertura	Hay cobertura
Anteojos	Hay cobertura	Hay cobertura
Audífonos	No hay cobertura	Hay cobertura
Programas de servicios de exención basados en el hogar y en la comunidad	Hay cobertura	No hay cobertura
Hospital para pacientes hospitalizados	Hay cobertura	Hay cobertura
Servicios de hospitalización para salud mental, servicios de cuidado en un centro de enfermería y servicios de cuidado intermedio en una institución para enfermedades mentales (MD, por sus siglas en inglés), para personas de 65 años de edad y mayores	Hay cobertura	Hay cobertura con limitaciones
Servicios de cuidado para salud mental para pacientes hospitalizados menores de 21 años	Hay cobertura	Hay cobertura con limitaciones
Servicios en centros de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID, por sus siglas en inglés)	Hay cobertura	No hay cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Hay cobertura	Hay cobertura
Servicios de salud mental	Hay cobertura	Hay cobertura
Servicios en centros de enfermería distintos a los proporcionados en una institución para enfermedades mentales	Hay cobertura	Hay cobertura con limitaciones

Humana.

BENEFICIO	BENEFICIO DE MEDICAID	BENEFICIO DE ESTE PLAN
Cobertura hospitalaria ambulatoria	Hay cobertura	Hay cobertura
Terapia física, ocupacional, del habla	Hay cobertura	Hay cobertura
Cuidado preventivo	Hay cobertura	Hay cobertura
Centro de enfermería especializada	Hay cobertura	Hay cobertura
Transporte	Hay cobertura	Hay cobertura
Servicios que se necesitan con urgencia	Hay cobertura	Hay cobertura

Más beneficios de este plan

Disfrute de algunos de estos beneficios adicionales que incluye su plan.
Este es un resumen de lo que cubrimos. No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de cobertura y servicios. Visite **es-www.humana.com/PlanInformation** para ver una copia de la Evidencia de cobertura (EOC) o llame al **888-873-0686**.

Healthy Options Allowance® de Humana*

$215 por mes en una tarjeta de gastos prepagada.

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

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

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

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

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).

***** Este subsidio de gastos es un Beneficio(s) suplementario(s) especial(es) para afiliados con ciertas afecciones de salud crónicas, quienes requieren coordinación intensiva de cuidado y tienen un alto riesgo de hospitalización o de otros resultados adversos para la salud. Las afecciones que califican pueden incluir diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, o insuficiencia cardíaca crónica, entre otros. Algunos planes requieren al menos dos afecciones. Consulte la Evidencia de cobertura del plan para obtener detalles. Si usa este programa para el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que este se informe como ingresos. Contacte a su oficina local de HUD con preguntas.

Humana.

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.

Recompensas e incentivos - Go365® by Humana
Realice actividades saludables elegibles, como pruebas de detección y exámenes preventivos, y obtenga recompensas con Go365 Advanced.

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/FindCare** 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/druglist** 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 tiene únicamente 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.

Humana Gold Plus SNP-DE H4461-072 (HMO D-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para operar como un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) hasta el 31 de diciembre de 2029 basado en una revisión del Modelo de cuidado de Humana Gold Plus SNP-DE H4461-072 (HMO D-SNP).

Si recibe asistencia de Medicare para el pago de costos compartidos, los proveedores de Humana Gold Plus SNP-DE H4461-072 (HMO D-SNP) no pueden cobrarle ni facturarle por servicios y artículos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, incluidos deducibles, coseguro y copagos, incluso cuando el pago de Medicaid es cero o cuando un proveedor decide no acudir a Medicaid. Si un proveedor le pide que pague, eso va en contra de la ley. Sin embargo, usted puede ser responsable de un pequeño copago de Medicaid.

Si se le factura o se le pide que pague a un proveedor de la red deducibles, coseguro o copagos por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, infórmele al proveedor que tiene protección contra el pago de costos compartidos y que no se le puede cobrar. Si usted ya ha efectuado el pago, tiene derecho a un reembolso. Si su proveedor no deja de facturarle, puede llamarnos al 800-457-4708 o llamar a

Humana.

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

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY 1-877-486-2048). Humana o Medicare pueden pedirle a su proveedor que deje de facturarle y que le reembolse cualquier pago que usted haya realizado.

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

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

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 **800-457-4708 (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.

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

H4461_SB_MAPD_HMO_072000_2027_SP_M