

2025

# Resumen de beneficios

---

**Plan Humana Medicare Advantage Grupal PPO  
PPO 079/605**

**Board of Pensions of the Presbyterian Church**

**Humana®**

Nuestra área de servicio incluye condados específicos en los Estados Unidos, Puerto Rico y todos los demás territorios principales de EE. UU.



# Hablemos del **Plan Humana Medicare Advantage Grupal PPO.**

Obtenga más información sobre el Plan Humana Medicare Advantage Grupal PPO, incluidos los servicios que cubre, en esta guía fácil de usar.

La información sobre beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se enumeran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la "Evidencia de cobertura".

## **Para ser elegible**

Para inscribirse en el Plan Humana Medicare Advantage Grupal PPO, es necesario que tenga derecho a la Parte A de Medicare, que esté afiliado a la Parte B de Medicare y que viva en nuestra área de servicio.

El plan Humana Medicare Advantage Grupal PPO tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Para obtener más información, llame a Atención al cliente de Humana Medicare Grupal.

## **Nombre del plan:**

Plan Humana Medicare Advantage Grupal PPO



## **Una asociación saludable**

¡Obtenga más de este plan, con servicios y recursos adicionales proporcionados por Humana!

## **Cómo comunicarse con nosotros:**

Si tienen preguntas, los afiliados deben llamar a la línea gratuita **1-855-273-0021 (TTY/TDD 711)**

Llame de lunes a viernes, de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este.

O bien, visite nuestro sitio web:  
**es-[www.humana.com](http://www.humana.com)**



## Prima mensual, deducible y límites

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>COSTOS DEL PLAN</b>		
<b>Prima mensual</b> Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Para obtener información sobre las primas reales que pagará, comuníquese con su plan grupal del empleador/sindicato.	
<b>Deducible médico</b>	Este plan no tiene deducible.	
<b>Responsabilidad de cantidad máxima de desembolso personal</b> La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos durante el año.	<p><b>Cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red</b> Límite de <b>\$2,590</b> de desembolso personal para servicios cubiertos por Medicare. Los siguientes servicios no se aplican a la cantidad máxima de desembolso personal: Farmacia de la Parte D, programa de acondicionamiento físico, servicios de educación para la salud, beneficio de comidas, cuidado personal en el hogar posterior al alta, servicios de transporte posterior al alta, servicios para dejar de fumar (adicionales) y la prima del plan no se aplican a la cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red.</p> <p>Si alcanza el límite de gastos de desembolso personal, pagaremos el costo total durante el resto del año por servicios hospitalarios y médicos cubiertos.</p>	<p><b>Cantidad máxima combinada de desembolso personal dentro y fuera de la red</b> Límite de <b>\$2,590</b> de desembolso personal para servicios cubiertos por Medicare. Exclusiones dentro de la red: Farmacia de la Parte D, programa de acondicionamiento físico, servicios de educación para la salud, beneficio de comidas, cuidado personal en el hogar posterior al alta, servicios de transporte posterior al alta, servicios para dejar de fumar (adicionales) y la prima del plan no se aplican a la cantidad máxima combinada de desembolso personal.</p> <p>Exclusiones fuera de la red: farmacia de la Parte D, cobertura mundial y la prima del plan no se aplican a la cantidad máxima combinada de desembolso personal.</p> <p>Su límite para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red contará para este límite.</p> <p>Si alcanza el límite de gastos de desembolso personal, pagaremos el costo total durante el resto del año por servicios hospitalarios y médicos cubiertos.</p>

**Tenga en cuenta:** Puede aparecer un rango de costos compartidos, dependiendo del servicio y del lugar donde se preste el servicio. Algunos servicios requieren una autorización previa.



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>CUIDADO DE HOSPITALIZACIÓN AGUDO</b>		
Este plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización. Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser admitido en el hospital.	<b>\$320</b> por admisión	<b>\$320</b> por admisión
<b>COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>		
<b>Consultas en el hospital como paciente ambulatorio</b>	<b>0% a 4%</b> del costo	<b>0% a 4%</b> del costo
<b>Servicios de observación</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Centro de cirugía ambulatoria</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>VISITAS AL CONSULTORIO</b>		
<b>Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</b>	<b>0%</b> del costo	<b>0%</b> del costo
<b>Especialistas</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>CUIDADO PREVENTIVO</b>		
Incluye: consulta de bienestar anual, vacuna contra la influenza, pruebas de detección de cáncer colorrectal y cáncer de mama. Se cubrirán servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.	<b>Cubierto sin costo</b>	<b>Cubierto sin costo</b>
<b>CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA</b>		
<b>Sala de emergencias</b> Si es admitido en el hospital en el transcurso de las siguientes 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar la parte del costo que le corresponde por cuidado médico en casos de emergencia. Consulte la sección “Cuidado de hospitalización” de este manual para conocer otros costos.	<b>4%</b> del costo por visita(s) a la sala de emergencias cubierta(s) por Medicare	<b>4%</b> del costo por visita(s) a la sala de emergencias cubierta(s) por Medicare
<b>Servicios que se necesitan con urgencia</b> Los servicios que se necesitan con urgencia son cuidados que se proveen para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata.	<b>0% a 4%</b> del costo	<b>0% a 4%</b> del costo
<b>SERVICIOS, LABORATORIO E IMÁGENES DE DIAGNÓSTICO</b>		
<b>Radiología de diagnóstico</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Servicios de laboratorio</b>	<b>0%</b> del costo	<b>0%</b> del costo

**Tenga en cuenta:** Puede aparecer un rango de costos compartidos, dependiendo del servicio y del lugar donde se preste el servicio. Algunos servicios requieren una autorización previa.



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b>	Copago de <b>\$0</b> o <b>4%</b> del costo	Copago de <b>\$0</b> o <b>4%</b> del costo
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Radioterapia</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN</b>		
<b>Servicios para la audición cubiertos por Medicare – exámenes diagnósticos de audición y equilibrio</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Servicios rutinarios para la audición</b>  Se debe utilizar el proveedor TruHearing. Comuníquese con Atención al cliente para encontrar un proveedor.	Copago de <b>\$0</b> por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. Copago de <b>\$0</b> por consultas de seguimiento al proveedor, ilimitadas por año. Copago de <b>\$99</b> por cada audífono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído por año. Copago de <b>\$399</b> por cada audífono de nivel Premium, hasta 1 por oído por año. Tenga en cuenta: Incluye 80 baterías por audífono y garantía de 3 años. Consultas de seguimiento ilimitadas con un proveedor durante el primer año después de la compra de audífonos TruHearing.	
<b>SERVICIOS DENTALES</b>		
<b>Servicios dentales que cubre Medicare</b>	<b>4%</b> del costo (los servicios incluyen cirugía de la mandíbula o estructuras asociadas, restauración de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación o enfermedades neoplásicas)	<b>4%</b> del costo (los servicios incluyen cirugía de la mandíbula o estructuras asociadas, restauración de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación o enfermedades neoplásicas)
<b>Servicios dentales rutinarios</b>	<b>0%</b> del costo por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años. <b>0%</b> del costo por evaluación oral integral o examen periodontal, ajuste oclusal, alisado por inflamación moderada, hasta 1 cada 3 años. <b>0%</b> del costo por dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales, hasta 1 juego(s) cada 5 años. <b>0%</b> del costo por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años.	<b>0%</b> del costo por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 3 años. <b>0%</b> del costo por evaluación oral integral o examen periodontal, ajuste oclusal, alisado por inflamación moderada, hasta 1 cada 3 años. <b>0%</b> del costo por dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales, hasta 1 juego(s) cada 5 años. <b>0%</b> del costo por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años.

**Tenga en cuenta:** Puede aparecer un rango de costos compartidos, dependiendo del servicio y del lugar donde se preste el servicio. Algunos servicios requieren una autorización previa.



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<p><b>0%</b> del costo por radiografías de mordida, hasta 1 juego por año.</p> <p><b>0%</b> del costo por ajustes en dentaduras postizas, rebasado de dentaduras postizas, revestimiento de dentaduras postizas, reparación de dentaduras postizas, examen de diagnóstico de emergencia, radiografías intraorales, conducto radicular o retratamiento, acondicionamiento de tejidos, hasta 1 por año. <b>0%</b> del costo por empaste de amalgama y/o composite, corona, tratamiento de emergencia para el dolor, tratamiento con flúor, cirugía oral, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.</p> <p><b>0%</b> del costo por otros servicios de restauración - ampliación de muñón y poste y muñón prefabricados, hasta 1 por diente de por vida.</p> <p><b>0%</b> del costo por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.</p> <p><b>0%</b> del costo de la anestesia general (óxido nitroso, ansiólisis, sedación-consciente-intravenosa/analgesia), extracción simple o quirúrgica, ilimitado por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de <b>\$1,000</b> por año para todos los beneficios preventivos e integrales.</p>	<p><b>0%</b> del costo por radiografías de mordida, hasta 1 juego por año.</p> <p><b>0%</b> del costo por ajustes en dentaduras postizas, rebasado de dentaduras postizas, revestimiento de dentaduras postizas, reparación de dentaduras postizas, examen de diagnóstico de emergencia, radiografías intraorales, conducto radicular o retratamiento, acondicionamiento de tejidos, hasta 1 por año. <b>0%</b> del costo por empaste de amalgama y/o composite, corona, tratamiento de emergencia para el dolor, tratamiento con flúor, cirugía oral, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.</p> <p><b>0%</b> del costo por otros servicios de restauración - ampliación de muñón y poste y muñón prefabricados, hasta 1 por diente de por vida.</p> <p><b>0%</b> del costo por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.</p> <p><b>0%</b> del costo de la anestesia general (óxido nitroso, ansiólisis, sedación-consciente-intravenosa/analgesia), extracción simple o quirúrgica, ilimitado por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de <b>\$1,000</b> por año para todos los beneficios preventivos e integrales. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones o exclusiones de beneficios dentro de la red.</p>

Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Las reclamaciones enviadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica y un historial dental para aprobar la cobertura. Es posible que los beneficios dentales en este plan no cubran todos los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Americana. 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 del límite de cobertura dental. 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](http://www.humana.com/sb)**.

Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios cubiertos a tarifas contratadas (según la lista de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, no se podrá facturar al afiliado por cargos superiores a los de la lista de tarifas negociadas (pero el pago de coseguro continúa siendo aplicable).

**Tenga en cuenta:** Puede aparecer un rango de costos compartidos, dependiendo del servicio y del lugar donde se preste el servicio. Algunos servicios requieren una autorización previa.



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

### DENTRO DE LA RED

### FUERA DE LA RED

Los dentistas fuera de la red no han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas. 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 que haya realizado Humana al proveedor. Consulte a continuación las instrucciones para el localizador de proveedores. Los proveedores de la red aceptan facturarnos directamente. 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 a la lista de tarifas dentro de la red (INFS, por sus siglas en inglés) promedio que se hayan negociado en su área. Consulte el Capítulo 2, Solicitudes de pago - Información de contacto, o visite [es-www.humana.com](http://es-www.humana.com) para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso.

Cuando visite a un proveedor fuera de la red, puede haber una diferencia entre el reembolso de Humana y los cargos del dentista. Los afiliados son responsables de esta diferencia cuando visitan a un proveedor fuera de la red; esto se conoce como facturación del saldo.

Los beneficios dentales suplementarios obligatorios se proporcionan a través de la red de Humana Dental Medicare. Comuníquese con Atención al cliente para encontrar un proveedor.

#### SERVICIOS PARA LA VISTA

<b>Servicios para la vista cubiertos por Medicare</b>	<b>4%</b> del costo (los servicios incluyen diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares)	<b>4%</b> del costo (los servicios incluyen diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares)
<b>Examen de la vista para personas con diabetes cubierto por Medicare (1 por año)</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare (1 por año)</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Artículos para la vista cubiertos por Medicare (después de cataratas)</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Servicios rutinarios para la vista</b>  EyeMed es el proveedor dentro de la red para el beneficio para la vista de rutina. Comuníquese con Atención al cliente para encontrar un proveedor.	Copago de <b>\$0</b> por examen rutinario (incluye refracción), hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de <b>\$150</b> por año para lentes de contacto, anteojos (lentes y monturas), incluidas las opciones para lentes como protección ultravioleta y capa contra rayaduras, ajustes para anteojos (lentes y monturas).	Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de <b>\$175</b> por año para examen rutinario (incluye prueba de refracción). Copago de <b>\$0</b> por examen rutinario (incluye refracción), hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinada de <b>\$150</b> por año para lentes de contacto, anteojos (lentes y monturas), incluidas las opciones para lentes como protección ultravioleta y capa contra rayaduras, ajustes para anteojos (lentes y monturas). Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones de beneficios dentro de la red.

**Tenga en cuenta:** Puede aparecer un rango de costos compartidos, dependiendo del servicio y del lugar donde se preste el servicio. Algunos servicios requieren una autorización previa.



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>		
<b>Pacientes internados</b> El límite para cuidado de hospitalización se aplica a los servicios de salud mental como paciente internado proporcionados en un hospital general o un centro psiquiátrico. Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser admitido en el hospital. Límite de 190 días de por vida en un centro psiquiátrico.	\$320 por admisión	\$320 por admisión
<b>Consultas de terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios</b>	<b>Consulta de terapia ambulatoria:</b> 4% del costo <b>Hospitalización parcial:</b> 4% del costo	<b>Consulta de terapia ambulatoria:</b> 4% del costo <b>Hospitalización parcial:</b> 4% del costo
<b>CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA</b>		
Este plan cubre hasta 180 días en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés).  No se requiere hospitalización de 3 días. El plan paga \$0 después de 180 días.	Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de \$40 por día para los días 21 a 100 20% del costo por hospitalización durante los días 101 a 180	Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de \$40 por día para los días 21 a 100 20% del costo por hospitalización durante los días 101 a 180
<b>TERAPIA FÍSICA</b>		
	4% del costo	4% del costo
<b>AMBULANCIA</b>		
Por fecha de servicio independientemente de la cantidad de viajes. Limitado al transporte cubierto por Medicare.	4% del costo	4% del costo
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE B</b>		
<b>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</b>	4% del costo	4% del costo
<b>Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare</b> Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) por toda la insulina de la Parte B que cubre nuestro plan y, si su plan tiene un deducible, no se aplica a la insulina de la Parte B.	4% del costo	4% del costo

**Tenga en cuenta:** Puede aparecer un rango de costos compartidos, dependiendo del servicio y del lugar donde se preste el servicio. Algunos servicios requieren una autorización previa.



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>SERVICIOS DE ACUPUNTURA</b>		
<b>Consulta(s) de acupuntura cubierta(s) por Medicare para el dolor lumbar crónico</b>  Este plan permite que los servicios se reciban de un proveedor certificado para realizar acupuntura o de proveedores que cumplan con los requisitos de proveedores de Medicare original.	<b>4%</b> del costo por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas combinadas dentro y fuera de la red por año.	<b>4%</b> del costo por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas combinadas dentro y fuera de la red por año. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones de beneficios dentro de la red.
<b>ALERGIA</b>		
<b>Suero y vacunas para la alergia</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS</b>		
<b>Consultas quiroprácticas cubiertas por Medicare</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>CAPACITACIÓN PARA EL MANEJO DE LA DIABETES</b>		
	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>CUIDADO DE LOS PIES (PODOLOGÍA)</b>		
<b>Cuidado de los pies cubierto por Medicare</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>		
	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>		
<b>Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Suministros médicos (incluye, entre otros, catéteres, preparación y suministros intravenosos)</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Prótesis (extremidades artificiales o aparatos de ortodoncia)</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Monitores continuos de glucosa</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>CUIDADO POR FARMACODEPENDENCIA COMO PACIENTE AMBULATORIO</b>		
<b>Consultas de tratamiento por farmacodependencia individuales y grupales para pacientes ambulatorios</b>	<b>Consulta de terapia ambulatoria:</b> <b>4%</b> del costo <b>Hospitalización parcial:</b> <b>4%</b> del costo	<b>Consulta de terapia ambulatoria:</b> <b>4%</b> del costo <b>Hospitalización parcial:</b> <b>4%</b> del costo
<b>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN</b>		
<b>Terapia ocupacional y del habla</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo

**Tenga en cuenta:** Puede aparecer un rango de costos compartidos, dependiendo del servicio y del lugar donde se preste el servicio. Algunos servicios requieren una autorización previa.



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Rehabilitación pulmonar</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>DIÁLISIS RENAL</b>		
<b>Diálisis renal</b>	<b>4%</b> del costo	<b>4%</b> del costo
<b>Servicios de educación para la enfermedad renal</b>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>PROVEEDORES DE TELESALUD DE HUMANA DENTRO DE LA RED, es decir, MDLive (además de Medicare original)</b>		
<b>Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</b>	<b>0%</b> del costo	Sin cobertura
<b>Especialista</b>	<b>4%</b> del costo	Sin cobertura
<b>Servicios de cuidado de urgencia</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cobertura
<b>Servicios para la salud del comportamiento o farmacodependencia</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cobertura

**Tenga en cuenta:** Puede aparecer un rango de costos compartidos, dependiendo del servicio y del lugar donde se preste el servicio. Algunos servicios requieren una autorización previa.



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

### DENTRO DE LA RED

### FUERA DE LA RED

#### ACONDICIONAMIENTO FÍSICO Y BIENESTAR

Viva una vida más saludable y activa a través del acondicionamiento físico y la conexión social en los centros SilverSneakers® participantes y en línea.

#### SERVICIOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El asesoramiento personal de salud es un asesoramiento interactivo telefónico y en línea con líneas entrantes y salientes para el bienestar que se ofrece a los participantes de Medicare que eligen participar para mejorar el bienestar, lo que incluye control del peso, nutrición, ejercicio, cuidado de la espalda, manejo de la presión arterial y manejo del azúcar en sangre.

#### BENEFICIO DE COMIDAS

Luego de una hospitalización de paciente internado de una noche en un hospital o un centro de enfermería especializada, los afiliados son elegibles para recibir el envío a domicilio de comidas nutritivas, sin costo alguno.

#### CUIDADO PERSONAL EN EL HOGAR POSTERIOR AL ALTA

Luego de una hospitalización de paciente internado de una noche en un hospital o un centro de enfermería especializada, los afiliados pueden recibir asistencia para realizar las actividades cotidianas dentro del hogar. Los tipos de asistencia incluyen bañarse, vestirse, ir al baño, caminar, comer y preparar comidas.

#### SERVICIOS DE TRANSPORTE POSTERIOR AL ALTA

Después de una hospitalización de paciente internado de una noche en un hospital o un centro de enfermería especializada, los afiliados reciben transporte a ubicaciones aprobadas por el plan con servicios de transporte compartido, automóvil, camioneta o vehículo accesible para sillas de ruedas, sin costo.

#### SERVICIOS PARA DEJAR DE FUMAR (ADICIONAL)

Un programa integral para dejar de fumar disponible en línea, por correo electrónico y por teléfono. Los asesores personales ayudan a establecer metas y proporcionan artículos y recursos para ayudar en el esfuerzo por dejar de fumar.

#### HOSPICIO

Debe recibir cuidado médico de un hospicio certificado por Medicare. Debe consultar con este plan antes de seleccionar un hospicio.

**Tenga en cuenta:** Puede aparecer un rango de costos compartidos, dependiendo del servicio y del lugar donde se preste el servicio. Algunos servicios requieren una autorización previa.

## Aviso de no discriminación

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

Si necesita adaptaciones razonables, recursos auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, llame al **1-877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de no discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **1-877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de no discriminación de Humana Inc. puede ayudarlo.

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

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

### Afiliados de California:

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

Este aviso está disponible en **[es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure](http://es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure)**.

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-320-1235 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-320-1235 (听障专线：711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (聽障專線：711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخططنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-877-320-1235. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。



## Obtenga **más información**

---



Puede ver el Directorio de proveedores de este plan en **es-[www.humana.com](http://www.humana.com)** o llamarnos al número que figura al comienzo de este manual y le enviaremos uno.

Humana es un Plan Medicare Advantage PPO con un contrato con Medicare. La afiliación a este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

Si desea comparar este plan con otros planes de salud de Medicare, puede llamar a su empleador o al sindicato que patrocina este plan para averiguar si tiene otras opciones a través de ellos.

Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual "Medicare y usted" actual. Puede verlo en línea en <https://es.medicare.gov> u obtener una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Todos los nombres de productos, logotipos, marcas y marcas comerciales son propiedad de sus respectivos propietarios, y cualquier uso no implica respaldo.