

2025

Resumen de beneficios de medicamentos recetados

**Plan Humana Medicare Advantage Grupal
Rx 553**

Board of Pensions of the Presbyterian Church

Humana®

Esta página se dejó en blanco en forma intencional.



Hablemos del plan **Humana Medicare Advantage Grupal de medicamentos recetados.**

Obtenga más información sobre el Plan Humana Medicare Advantage Grupal de Medicamentos Recetados, 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".



Deducible

Deducible de farmacia (Parte D) Este plan no tiene deducible.



Beneficios de medicamentos recetados

Cobertura inicial (después de que usted paga su deducible, si corresponde)

Usted paga lo siguiente hasta que el total de sus gastos de desembolso personal en medicamentos alcanza **\$2,000**. Una vez que alcanza esta cantidad, entrará en la Etapa de cobertura catastrófica.

Nivel	Farmacia minorista estándar	Farmacia de pedido por correo estándar
Suministro para 30 días		
1 (medicamentos genéricos o genéricos preferidos)	Copago de \$5	Copago de \$5
2 (medicamentos de marca preferidos)	30% del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de \$20 y máximo de \$100 por medicamento recetado)	30% del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de \$20 y máximo de \$100 por medicamento recetado)
3 (medicamentos no preferidos)	50% del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de \$50 y máximo de \$150 por medicamento recetado)	50% del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de \$50 y máximo de \$150 por medicamento recetado)
4 (medicamentos de especialidad)	50% del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de \$50 y máximo de \$150 por medicamento recetado)	50% del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de \$50 y máximo de \$150 por medicamento recetado)

Nivel	Farmacia minorista estándar	Farmacia de pedido por correo estándar
Suministro para 90 días		
1 (medicamentos genéricos o genéricos preferidos)	Copago de \$15	Copago de \$12.50
2 (medicamentos de marca preferidos)	30% del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de \$60 y máximo de \$300 por medicamento recetado)	30% del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de \$50 y máximo de \$250 por medicamento recetado)
3 (medicamentos no preferidos)	50% del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de \$150 y máximo de \$450 por medicamento recetado)	50% del costo (desembolso personal del afiliado de un copago mínimo de \$125 y máximo de \$375 por medicamento recetado)
4 (medicamentos de especialidad)	N/A	N/A

En cada uno de los niveles puede haber medicamentos genéricos y de marca, así como también medicamentos cubiertos por Medicare. Para identificar los medicamentos comúnmente recetados en cada nivel, consulte la Guía de medicamentos recetados/Formulario. Para ver en línea la información más completa y actualizada de la Guía de medicamentos, visite [es-www.humana.com/SearchResources](https://www.humana.com/SearchResources), busque la sección Prescription Drug (Medicamentos recetados) y seleccione el enlace [es-www.humana.com/MedicareDrugList](https://www.humana.com/MedicareDrugList); en las listas de medicamentos para imprimir, haga clic en Printable Drug Lists (Listas de medicamentos para imprimir), seleccione Future Plan Year (Año del plan futuro); en Plan Type (Tipo de plan) escoja Group Medicare (Medicare grupal) y busque GRP61.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Este plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted (incluso si no ha pagado su deducible, si corresponde). Llame a Atención al cliente de Humana Medicare Grupal para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina: No pagará más de **\$35** por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por este plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentre.

COBERTURA ADICIONAL DE MEDICAMENTOS

Medicamentos excluidos por Medicare original

Ciertos medicamentos excluidos por Medicare original están cubiertos conforme a este plan. Usted paga el costo compartido asociado con el nivel para ciertos medicamentos para la tos/el resfriado, la disfunción eréctil, la fertilidad, vitaminas/minerales, la pérdida de peso. La cantidad que usted paga cuando surte una receta de estos medicamentos no se tiene en cuenta para ser elegible para la Etapa de cobertura catastrófica. Comuníquese con Atención al cliente de Humana Medicare Grupal al número de teléfono que figura al reverso de su tarjeta del afiliado para obtener más detalles.

Cobertura catastrófica

Una vez que el total de sus gastos de desembolso personal alcancen los **\$2,000**, usted pagará **\$0** por los medicamentos de la Parte D cubiertos y excluidos por el plan.

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, 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**.

Este aviso está disponible en **[es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure](http://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 farmacias de este plan en **<https://es-www.Humana.com/finder/pharmacy/>** o llamarnos al número que figura al comienzo de este manual y le enviaremos uno.



Puede ver el formulario de medicamentos de este plan en **www.humana.com/medicaredruglist** o llamarnos al número que figura al comienzo de este manual y le enviaremos uno.

Humana es una organización Medicare Advantage HMO, PPO, y un plan de medicamentos recetados independiente con un contrato con Medicare. La afiliación en cualquier plan de Humana depende de la renovación del contrato.

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