

2026

Notificación Anual de Cambios

Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) H4329-001

Illinois

Humana®



Ha llegado el momento de revisar las actualizaciones de su plan Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) para 2026

Gracias por confiar en Humana para sus necesidades de cobertura de Medicare y Medicaid para 2025. En el interior, encontrará la Notificación Anual de Cambios. Este paquete facilita la comparación de los beneficios de su plan Medicare y Medicaid para 2025 y 2026, uno al lado del otro. Muestra cambios importantes, pero tenga en cuenta que no incluye una lista completa de todos los beneficios del plan.

Humana se compromete a ofrecer planes que le brinden los beneficios y servicios en los que más confía. Nuestros planes de este año no son una excepción. Muchos de nuestros afiliados verán los mismos beneficios en sus planes este año. Es posible que algunos afiliados también vean mejores beneficios. Además, hemos realizado otros cambios para ayudar a que sea más fácil usar su plan y obtener el cuidado que necesita.



Por ejemplo, su Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés) incluye cobertura dental, de la vista, de la audición y de medicamentos recetados. También ofrece cuidado preventivo de \$0, que incluye mamografías, colonoscopias y pruebas de detección de densidad ósea.

A continuación, le mostramos cómo asegurarse de que está preparado para 2026:



Revise detenidamente los cambios del plan. Su plan actual no se renueva para 2026. Si desea cambiarse al nuevo plan Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP), no necesita hacer nada. Pasará automáticamente a nuestro nuevo plan a partir del 1 de enero de 2026.



Si tiene alguna duda, puede encontrar más información iniciando sesión en **es-www.humana.com/PlanInformation**.



A partir del 15 de octubre, puede ingresar a **es-www.humana.com/PlanInformation** o escanear el código QR para ver una lista completa de los beneficios de su plan en línea en su *Manual para Afiliados de 2026*.

Gracias por ser afiliado de Humana. Esperamos brindarle apoyo para lograr una salud óptima en 2026.

Estimado/a Afiliado/a:

Su plan de Illinois Medicare-Medicaid Alignment Initiative (MMAI) Humana Gold Plus Integrated (Plan Medicare-Medicaid) cambiará. En 2026, usted estará afiliado a un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP) de Illinois para sus beneficios de *Medicare* y *Medicaid*. Este plan es proporcionado por Humana, que es la misma compañía que actualmente ofrece su plan MMAI. Su nuevo Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP) Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) de Illinois coordinará sus beneficios de Medicare y Medicaid. Seguirá teniendo los mismos beneficios de cuidado de la salud que tiene ahora.

Continuará recibiendo servicios a través de MMAI hasta el 31 de diciembre de 2025. El 1 de enero de 2026, automáticamente comenzará a recibir servicios a través del plan Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP). No necesita hacer nada para afiliarse y mantener sus beneficios actuales.

Su nuevo plan lo ayudará con todas sus necesidades de cuidado de la salud y continuará coordinando sus beneficios y cuidado. Esto incluye servicios médicos, domiciliarios y comunitarios. También incluye suministros médicos y medicamentos. El plan incluirá a los médicos con los que usted se atiende ahora o lo ayudará a encontrar un nuevo médico que le guste. Comenzará a recibir cartas sobre este cambio en octubre de 2025. Le enviaremos un conjunto de materiales para afiliados, como una Tarjeta de Identificación y un Manual para Afiliados.

No tiene que hacer nada para seguir recibiendo el cuidado de la salud de Humana. Si tiene preguntas sobre su cobertura en 2026, comuníquese con su plan MMAI actual al 800-787-3311. Puede encontrar más información sobre sus opciones de afiliación en la Sección G de la Notificación Anual de Cambios adjunta.

Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) ofrecido por Humana

Notificación Anual de Cambios para 2026

Introducción

Actualmente está inscrito como afiliado de nuestro plan. El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, reglas y costos. Esta *Notificación Anual de Cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise el *Manual para Afiliados*, que se encuentra en nuestro sitio web en **es-www.humana.com**. Llame a Servicios para Afiliados al número que se encuentra en la parte inferior de la página para obtener una copia por correo. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para Afiliados*.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español en forma gratuita.
- Puede obtener esta *Notificación Anual de Cambios* de manera gratuita en otros formatos, como en letra grande, en braille o por audio. Llame a Servicios para Afiliados al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.
- Si prefiere recibir sus comunicaciones escritas en un formato alternativo, como braille, letra grande o audio, o en otro idioma, comuníquese con Servicios para Afiliados al 800-787-3311, TTY 711.
- Una vez que recibamos su solicitud, todas las comunicaciones futuras exigidas por el estado se proporcionarán en el formato que haya elegido. Si no podemos brindar materiales impresos en el formato solicitado, podrá recibir esas comunicaciones por teléfono con un intérprete.
- Si elige cambiar su solicitud permanente, puede llamar a Servicios para Afiliados al 800-787-3311, TTY 711, para que se actualice su solicitud.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (caduca el martes, junio 30, 2026)



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Índice

A. Descargos de responsabilidad	6
B. Revisar su cobertura de Medicare e Illinois Medicaid (Medicaid) para el próximo año	6
B1. Información sobre Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP)	6
B2. Cosas importantes que debe hacer	6
C. Cambios en el nombre de nuestro plan	7
D. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red	8
E. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año	8
E1. Cambios en los beneficios de servicios médicos	8
E2. Cambios en la cobertura de medicamentos	13
E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”	15
E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”	18
F. Cambios administrativos	18
G. Elegir un plan	19
G1. Permanecer en nuestro plan	19
G2. Cambiar de plan	19
H. Obtener ayuda	24
H1. Nuestro plan	24
H2. Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores	24
H3. Programa de Mediador de Cuidado en el Hogar	24
H4. Medicare	25
H5. Illinois Medicaid	25
H6. Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	26
H7. Recursos Adicionales	26



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

A. Descargos de responsabilidad

Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad HMO SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La afiliación en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

B. Revisar su cobertura de Medicare e Illinois Medicaid (Medicaid) para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá satisfaciendo sus necesidades el próximo año. Si no satisface sus necesidades, es posible que pueda abandonar nuestro plan. Consulte la **Sección E** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Nuevos afiliados de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP): En la mayoría de los casos, estará afiliado a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) para sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de solicitar su afiliación a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP). Aún puede recibir los servicios de Illinois Medicaid a través de su plan de salud anterior de HealthChoice Illinois Medicaid por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de HealthChoice Illinois Medicaid a través de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP). No habrá ninguna brecha en su cobertura de HealthChoice Illinois Medicaid. Llámenos al número que se encuentra en la parte inferior de la página si tiene alguna pregunta.

Si decide abandonar nuestro plan, su afiliación finalizará el último día del mes en el que se presentó su solicitud. Usted seguirá siendo beneficiario de los programas Medicare e Illinois Medicaid mientras sea elegible.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la **Sección G2**.
- Las opciones de Illinois Medicaid en la **Sección G2**.

B1. Información sobre Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP)

- Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid para proporcionar a los afiliados beneficios de ambos programas.
- Cuando en esta *Notificación Anual de Cambios* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, significa Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP).

B2. Cosas importantes que debe hacer

- **Compruebe si hay algún cambio en nuestros beneficios y costos que puedan repercutir en usted.**
 - ¿Hay algún cambio que afecte a los servicios que utiliza?
 - Revise los cambios de beneficios y costos para asegurarse de que funcionarán para usted el próximo año.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es-www.humana.com**.

- Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Compruebe si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos que pueda repercutir en usted.**
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en un nivel diferente de costos compartidos? ¿Puede utilizar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, como autorización previa, terapia por fases o límites de cantidad?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos funcionará para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que sus costos de medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
 - Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede significar ahorros en los gastos de desembolso personal durante todo el año.
 - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
- **Compruebe si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
 - ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas, en nuestra red? ¿Qué sucede con su farmacia? ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
 - ¿Cuál será su gasto de desembolso personal por los servicios y medicamentos que utiliza regularmente?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está satisfecho con nuestro plan.**

Si decide quedarse con Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP):

Si quiere permanecer con nosotros el próximo año, es fácil: no necesita hacer nada. Si no realiza ningún cambio, permanecerá afiliado automáticamente a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP).

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección G2** para obtener más información). Si se afilia a un nuevo plan o cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2026, el nombre de nuestro plan cambia de Humana Gold Plus Integrated (Plan Medicare-Medicaid) a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP).



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Recibirá una nueva tarjeta de identificación por correo y con el nuevo nombre del plan Humana antes de su fecha de entrada en vigor. Cualquier documento del plan que reciba después del 1 de enero de 2026 utilizará el nuevo nombre del plan.

D. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red

Los montos que usted paga por sus medicamentos dependen de la farmacia que utilice. Nuestro plan tiene una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* estarán cubiertas si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle costos compartidos más bajos que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestros proveedores y redes de farmacia han cambiado para 2026.

Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2026 para averiguar si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) o su farmacia están en nuestra red. Encontrará un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web en **es-www.humana.com/PlanDocuments**. También puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Es importante que sepa que también podemos realizar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Afiliados* o llame a Servicios para Afiliados al número que se encuentra en la parte inferior de la página para obtener ayuda.

E. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

E1. Cambios en los beneficios de servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. En la tabla siguiente se describen estos cambios.

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)	Nuestro plan no cubría los CGM en la farmacia.	Los monitores continuos de glucosa (CGM) preferidos están cubiertos en las farmacias. Los CGM preferidos son Dexcom y Freestyle Libre.
Asesoría para dejar de fumar o consumir tabaco (Medicaid)	Nuestro plan ofrecía 7 sesiones adicionales de asesoría para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses.	No se cubren sesiones adicionales de asesoría para dejar de fumar.

? Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios dentales	El cuidado dental rutinario no está cubierto	DEN198 El plan cubre hasta un subsidio de \$500 por año para servicios dentales preventivos y completos no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de cobertura dental. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. Su beneficio se puede utilizar para la mayoría de los tratamientos dentales, tales como: • Servicios dentales preventivos, como exámenes, limpiezas rutinarias, etc. • Servicios dentales básicos, como empastes, extracciones, etc. • Servicios dentales mayores, como raspado periodontal, coronas, dentaduras postizas, conductos radiculares, puentes, etc. Tenga en cuenta: El subsidio no puede utilizarse en flúor, servicios cosméticos e implantes.
Servicios para la Audición	El cuidado de la audición rutinario no está cubierto	HER905 • Copago de \$0 por ajustes/ evaluaciones o pruebas auditivas rutinarias, hasta 1 por año. • \$750 de cantidad máxima de cobertura de beneficios para audífonos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) o audífonos recetados (todos los tipos), hasta 1 por oído por año.

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Transporte que No es de Emergencia (Cubierto por Medicaid)	El plan cubrirá el transporte de ida o vuelta para acudir a sus citas médicas si es un servicio cubierto. Los tipos de transporte que no son de emergencia incluyen los siguientes: • Medicare • Ambulancia que no es de emergencia • Vehículo de servicio • Servicio de taxi	Cubierto a través del programa de cargo por servicio de Illinois
Transporte no Médico: Necesidades sociales (cubierto por Medicaid)	No está cubierto	Hasta 15 viajes de ida y vuelta (30 viajes de ida) de hasta 30 millas para transporte no médico por año a lugares como grupos de apoyo social, clases de bienestar, citas en programas de asistencia nutricional como WIC y SNAP, y bancos de alimentos. Este beneficio también ofrece transporte a lugares que proporcionan beneficios sociales e integración comunitaria para afiliados, como centros comunitarios y vecinales, parques, áreas recreativas e iglesias.
Subsidio para venta sin receta (OTC) (MSB)	Hasta \$65 por afiliado por trimestre. Las partes no utilizadas no se transfieren al siguiente trimestre.	Consulte el beneficio Humana Healthy Options Allowance™ en esta tabla
Servicios de cuidado personal (cubiertos por Medicaid)	Los servicios de cuidado personal no están cubiertos	Hasta 20 horas de servicios de cuidado personal al año. Se requiere un mínimo de 4 horas por uso.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios de Podiatría Para los servicios de podiatría:	Hasta 6 consultas anuales de podiatría para lo siguiente: - Afiliados que necesitan tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie - Afiliados con afecciones médicas que afectan las piernas, como diabetes	Se cubre 1 consulta inicial para determinar si se requiere cuidado de los pies (cubierto por Medicaid). Los servicios de podiatría rutinarios no están cubiertos Los servicios de podiatría cubiertos por Medicare están cubiertos; consulte el Capítulo 4 del <i>Manual para Afiliados</i> para obtener información adicional.
* Beneficios Suplementarios Especiales para Afiliados con Enfermedades Crónicas Humana Healthy Options Allowance™	El subsidio Humana Healthy Options Allowance no está cubierto	\$260 de subsidio mensual en una tarjeta de gastos prepaga. Todos los afiliados del plan reciben esta cantidad para comprar productos aprobados de salud y bienestar de OTC en los puntos minoristas que participen o a través del proveedor de pedidos por correo OTC aprobado por el plan. Además, los afiliados también pueden usar este dinero para pagar alimentos elegibles, servicios públicos, el alquiler y otros gastos, si padecen ciertas afecciones crónicas para ser elegibles y cumplen con otros criterios del programa. Cualquier monto sin utilizar se acumula cada mes y vence al final del año del plan o cuando se desafilia, lo que ocurra primero.

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
* Beneficios Suplementarios Especiales para Afiliados con Enfermedades Crónicas Asistencia para el Cuidado de Afecciones Crónicas	La Asistencia para el Cuidado de Afecciones Crónicas de Humana no está cubierta	La Asistencia para el Cuidado de Afecciones Crónicas está disponible para afiliados elegibles que demuestren la necesidad de recibir asistencia adicional con un gasto calificado médico, relacionado principalmente con la salud o no relacionado principalmente con la salud que apoye las metas del plan de cuidado del afiliado. Se considerará la elegibilidad de los afiliados con ciertas afecciones crónicas calificadas que estén participando actualmente en la coordinación del cuidado de la salud y cumplan con los criterios del programa. Los beneficios se limitan a \$500 por año y son manejados por la coordinación del cuidado de la salud. No hay coseguro, copago ni deducible para participar. * Este subsidio para gastos y la Asistencia para el Cuidado de Afecciones Crónicas son programas especiales para afiliados con afecciones de salud específicas. Las afecciones elegibles incluyen diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, trastornos mentales crónicos y deshabilitantes, afecciones pulmonares crónicas o insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Algunos planes requieren al menos dos afecciones y se aplican otros requisitos. Consulte el <i>Manual para Afiliados</i> del plan para obtener más información. Si utiliza este programa para pagar el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		(HUD, por sus siglas en inglés) requiere que se reporte como ingreso si solicita asistencia. Comuníquese con la oficina local del HUD si tiene preguntas.
Cuidado de la vista Servicios rutinarios para la vista:	Los servicios rutinarios para la vista no están cubiertos	VIS780 • Copago de \$0 por hasta 1 examen rutinario por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$300 por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) y ajustes de anteojos (lentes y monturas). • Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios de hasta 1 par por año. • La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año.
Lentes de contacto necesarios por razones médicas	Los servicios rutinarios para la vista no están cubiertos	Incluido como parte del subsidio VIS780 indicado anteriormente.

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*

Encontrará una *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada en nuestro sitio web en **es-www.humana.com/PlanDocuments**. También puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener información actualizada sobre medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* también se denomina *Lista de Medicamentos*.

Realizamos cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*, que podrían incluir eliminar o añadir medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o trasladarlos a un nivel diferente de costos compartidos.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Revise la *Lista de Medicamentos* para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año** y para averiguar si hay alguna restricción o si su medicamento se ha trasladado a un nivel diferente de costos compartidos.

La mayoría de los cambios en la *Lista de Medicamentos* son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por Medicare y/o por el estado que repercutirán en usted durante el año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de Medicamentos* en línea al menos mensualmente para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos. Si hacemos un cambio que afectará a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que haga lo siguiente:

- Hable con su médico (u otro profesional que receta) para encontrar un medicamento diferente que cubrimos.
 - Puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o comunicarse con su coordinador de cuidado para solicitar una *Lista de Medicamentos Cubiertos* que tratan la misma afección.
 - Esta lista ayudará a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.
- Pídanos que cubramos un suministro temporal del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es de hasta 30 o 31 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Afiliados*).
 - Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico para saber qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente que cubre nuestro plan o pedirnos que hagamos una excepción para usted y cubramos su medicamento actual.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el **Capítulo 9** de su *Manual para Afiliados* y hable con su médico para averiguar sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o tratar de encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicios para Afiliados para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en nuestro plan. La cantidad que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando haga surtir o repetir una receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1 Etapa de cobertura inicial	Etapa 2 Etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, nuestro plan paga una parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Usted comienza esta etapa después de pagar una cierta cantidad de gastos de desembolso personal.

 **Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

La Etapa de Cobertura Inicial termina cuando el total de sus gastos de desembolso personal por los medicamentos alcanzan los **\$2,100**. En ese punto, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Nuestro plan cubre todos sus costos de medicamentos desde entonces hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual para Afiliados* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

En virtud del Programa de Descuento del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos y productos biológicos de marca de la Parte D cubiertos durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los gastos de desembolso personal.

E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. El copago depende de en qué nivel de costos compartidos se encuentra el medicamento y dónde lo obtiene. Usted paga un copago cada vez que surte una receta. Si sus medicamentos cubiertos cuestan menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Hemos trasladado algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos a un nivel de medicamento más bajo o más alto. Si sus medicamentos se trasladan de nivel a nivel, esto podría afectar su copago. Para averiguar si sus medicamentos están en un nivel diferente, busque en nuestra *Lista de Medicamentos*.

La siguiente tabla muestra sus costos por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con copagos estándares en cada uno de nuestros 6 niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **solo** durante el tiempo en que se encuentra en la Etapa de Cobertura Inicial.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a largo plazo; o en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos; o para recetas por correo, vaya al **Capítulo 6, Sección D** de su *Manual para Afiliados*.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos en el Nivel 1 Genéricos (2025) Genéricos Preferidos (2026) Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 1 surtido en una farmacia de la red	Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 . Su copago por una receta por correo de un mes (30 días) es de \$0 .	Si recibe Ayuda Adicional, la cantidad que paga depende del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Consulte el folleto sobre la Cláusula de LIS para conocer las cantidades de costos compartidos. Si no recibe Ayuda Adicional, su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 . Su copago por una receta por correo preferida de un mes (30 días) es de \$0 .

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos en el Nivel 2 Medicamentos de Marca (2025) Generic (2026) Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 2 surtido en una farmacia de la red	Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 . Su copago por una receta por correo de un mes (30 días) es de \$0 .	Si recibe Ayuda Adicional, la cantidad que paga depende del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Consulte el folleto sobre la Cláusula de LIS para conocer las cantidades de costos compartidos. Si no recibe Ayuda Adicional, su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 . Su copago por una receta por correo preferida de un mes (30 días) es de \$0 .
Medicamentos en el Nivel 3 Medicamentos Recetados No Cubiertos por Medicare (2025) Medicamentos de Marca Preferidos (2026) Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 3 surtido en una farmacia de la red	Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 . Su copago por una receta por correo de un mes (30 días) es de \$0 .	Si recibe Ayuda Adicional, la cantidad que paga depende del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Consulte el folleto sobre la Cláusula de LIS para conocer las cantidades de costos compartidos. Si no recibe Ayuda Adicional, su coseguro para un suministro de un mes (30 días) es del 25% . Su coseguro por una receta por correo preferida de un mes (30 días) es del 25% .
Medicamentos en el Nivel 4 Medicamentos de Venta Sin Receta No Cubiertos por Medicare (2025) Medicamentos No Preferidos (2026) Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 4 surtido en una farmacia de la red	Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 . Su copago por una receta por correo de un mes (30 días) es de \$0 .	Si recibe Ayuda Adicional, la cantidad que paga depende del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Consulte el folleto sobre la Cláusula de LIS para conocer las cantidades de costos compartidos. Si no recibe Ayuda Adicional, su coseguro para un suministro de un mes (30 días) es del 25% . Su coseguro por una receta por correo preferida de un mes (30 días) es del 25% .



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos en el Nivel 5 Medicamentos de Nivel de Especialidad (2026) Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 5 surtido en una farmacia de la red	No disponibles.	Si recibe Ayuda Adicional, la cantidad que paga depende del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Consulte el folleto sobre la Cláusula de LIS para conocer las cantidades de costos compartidos. Si no recibe Ayuda Adicional, su coseguro para un suministro de un mes (30 días) es del 28% . Su coseguro por una receta por correo preferida de un mes (30 días) es del 28% .
Medicamentos en el Nivel 6 Medicamentos de Cuidado Seleccionados (2026) Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 6 surtido en una farmacia de la red	No disponibles.	Si recibe Ayuda Adicional, la cantidad que paga depende del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Consulte el folleto sobre la Cláusula de LIS para conocer las cantidades de costos compartidos. Si no recibe Ayuda Adicional, su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 . Su copago por una receta por correo preferida de un mes (30 días) es de \$0 .
Cobertura de Medicamentos Excluidos	Medicamentos Seleccionados para la Disfunción Eréctil: No hay cobertura Vitaminas Recetadas Seleccionadas: No hay cobertura	Los Medicamentos Seleccionados para la Disfunción Eréctil están cubiertos con costos compartidos de Nivel 1 según la ubicación. Las Vitaminas Recetadas Seleccionadas están cubiertas con costos compartidos de Nivel 1 según la ubicación.

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza una vez que sus gastos totales de desembolso personal alcanzan los **\$2,100**. En ese punto comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. El plan cubre todos los medicamentos de la Parte D y excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual para Afiliados* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”

Cuando alcanza el límite de gasto de desembolso personal de **\$2,100** por sus medicamentos, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica y no paga nada por sus medicamentos cubiertos. Permanece en la Etapa de Cobertura Catastrófica hasta el final del año calendario.

Para obtener más información sobre sus costos en la etapa de Cobertura Catastrófica, consulte el **Capítulo 6, Sección E** de su *Manual para Afiliados*.

F. Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Referidos	Para ciertos servicios, su plan requiere referidos de su proveedor.	No se requieren referidos de su proveedor.
Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a manejar sus gastos de desembolso personal por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre).	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare puede ayudarle a manejar sus costos de medicamentos distribuyéndolos durante el año como pagos mensuales. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número que aparece en la parte inferior de la página o visite www.medicare.gov .
Resumen mensual de la Parte D de Medicare	No le enviamos un resumen mensual de la Parte D de Medicare.	SmartSummary™ Le enviaremos un resumen mensual de la Parte D de Medicare llamado SmartSummary. Este documento incluye información sobre los medicamentos de la Parte D de Medicare que recibió como afiliado de nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

G. Elegir un plan

G1. Permanecer en nuestro plan

Esperamos mantenerlo como afiliado del plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. A menos que se inscriba en un plan de Medicare diferente o cambie a Medicare Original, permanecerá inscrito automáticamente como afiliado de nuestro plan para 2026.

G2. Cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su afiliación durante ciertas épocas del año. Debido a que usted tiene Illinois Medicaid, puede cancelar su afiliación a nuestro plan durante cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su afiliación a nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de Inscripción Abierta**, que comprende del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su afiliación en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que comprende del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para hacer un cambio en su afiliación. Por ejemplo:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Su elegibilidad para Illinois Medicaid o para la Ayuda Adicional cambió.
- Se mudó recientemente o está recibiendo atención en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo). Si se mudó recientemente de una institución, puede cambiar de plan o cambiar a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare enumerados a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertas épocas del año, que incluyen el **Período de Inscripción Abierta y el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección G2**. Al elegir una de estas opciones, cancela automáticamente su afiliación en nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

1. Puede cambiar a: Otro plan que proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como plan integrado de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP) o un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés), si es elegible.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE), para averiguar si es elegible y si hay un programa PACE cerca de usted, busque los planes PACE en su área en www.medicare.gov/plan-compare/#/pace?year=2025&lang=en. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP, por sus siglas en inglés) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. TTY 1-888-206-1327 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o para encontrar una oficina del SHIP local en su área, visite https://ilaging.illinois.gov/ship.html O BIEN Afiliarse a un nuevo D-SNP integrado. Será desafiado de manera automática de nuestro plan cuando comience la cobertura del nuevo plan.
---	--

2. Puede cambiar a: Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado Si abandona el plan Medicare-Medicaid, recibirá sus servicios de Medicaid a través del sistema de cargo por servicio.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. TTY 1-888-206-1327 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o para encontrar una oficina del SHIP local en su área, visite https://ilaging.illinois.gov/ship.html O BIEN Afíliese a un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Será desafiado de manera automática de nuestro plan cuando comience la cobertura de Medicare Original. Para elegir un plan de salud HealthChoice Illinois MLTSS, puede llamar a Servicios de Afiliación de Clientes de Illinois al 1-877-912-8880 de 8 a.m. a 6 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.
---	--

3. Puede cambiar a: Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado Si abandona el plan Medicare-Medicaid, recibirá sus servicios de Medicaid a través del sistema de cargo por servicio. TENGA EN CUENTA: Si cambia a Medicare Original y no se afilia a un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no quiere afiliarse. Solo debe terminar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. TTY 1-888-206-1327 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Puede visitar el sitio web en ilaging.illinois.gov/ship.html.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. TTY 1-888-206-1327 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Puede visitar el sitio web en https://ilaging.illinois.gov/ship.html Será desafiado de manera automática de nuestro plan cuando comience la cobertura de Medicare Original. Para elegir un plan de salud HealthChoice Illinois MLTSS, puede llamar a Servicios de Afiliación de Clientes de Illinois al 1-877-912-8880 de 8 a.m. a 6 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.
---	--

4. Puede cambiar a: Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año, que incluyen el Período de Inscripción Abierta y el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A. Si abandona el plan Medicare-Medicaid, recibirá sus servicios de Medicaid a través del sistema de cargo por servicio.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE), para averiguar si es elegible y si hay un programa PACE cerca de usted, busque los planes PACE en su área en www.medicare.gov/plan-compare/#/pace?year=2025&lang=en. Si necesita ayuda o más información: Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. TTY 1-888-206-1327 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Puede visitar el sitio web en https://ilaging.illinois.gov/ship.html O BIEN Afiliarse a un nuevo plan de Medicare. Será desafiliado de manera automática de nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Para elegir un plan de salud HealthChoice Illinois MLTSS, puede llamar a Servicios de Afiliación de Clientes de Illinois al 1-877-912-8880 de 8 a.m. a 6 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.
---	---

Sus servicios de Illinois Medicaid

Si tiene preguntas acerca de cómo obtener sus servicios de Illinois Medicaid después de abandonar nuestro plan, comuníquese con la Línea Directa de Beneficios de Salud al 1-800-226-0768 de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012. Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Illinois Medicaid.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

H. Obtener ayuda

H1. Nuestro plan

Estamos disponibles para ayudarle si tiene alguna pregunta. Comuníquese con Servicios para Afiliados a los números que se encuentran en la parte inferior de la página durante los días y horarios de atención mencionados. Estas llamadas son gratuitas.

Lea el *Manual para Afiliados*

Su *Manual para Afiliados* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre los beneficios y costos para 2026. Explica sus derechos y las reglas que se deben seguir para obtener los servicios y medicamentos que cubrimos.

El *Manual para Afiliados* de 2026 estará disponible antes del 15 de octubre. Puede consultar una copia actualizada del *Manual para Afiliados* en nuestro sitio web en **es-www.humana.com/PlanDocuments**. También puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y pedirnos que le enviemos un *Manual para Afiliados* para 2026.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en **es-www.humana.com/PlanDocuments**. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos* (*Lista de Medicamentos Cubiertos*).

H2. Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores

También puede llamar al programa estatal de seguro de salud (SHIP). En Illinois, el SHIP se llama Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores. Este programa puede ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder preguntas sobre el cambio de planes. El SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Cuenta con consejeros capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del SHIP es 1-800-252-8966 TTY 1-888-206-1327. Para obtener más información o para encontrar una oficina del SHIP local en su área, visite <https://ilaging.illinois.gov/ship.html>.

H3. Programa de Mediador de Cuidado en el Hogar

El Programa de Mediador puede ayudarle si tiene algún problema con nuestro plan. Los servicios del mediador son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa del Mediador:

- Trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer.
- Garantiza que usted cuente con información relacionada con sus derechos y protecciones y que sepa cómo puede resolver sus inquietudes.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa del Mediador es el 1-800-252-8966.

H4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Converse en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
- Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Si elige desafiliarse de nuestro plan y afiliarse a otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar planes.

Puede encontrar información acerca de los planes de Medicare disponibles en su área mediante el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, consulte www.medicare.gov y haga clic en “Find Plans” [Buscar planes]).

Medicare & You 2026

Puede leer el manual *Medicare & You 2026*. Cada año en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. En ese documento, se brinda un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

H5. Illinois Medicaid

Medicaid es un programa dirigido por el Gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Cubre servicios adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- el costo de los servicios.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Los estados pueden decidir cómo gestionar sus programas, siempre y cuando sigan las pautas federales.

Medicare y el estado de Illinois aprobaron nuestro plan. Puede obtener servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan siempre que:

- nosotros elijamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de Illinois nos permiten continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medicaid no se verá afectada.

H6. Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a manejar sus gastos de desembolso personal por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre) como pagos mensuales. Este programa no le hace ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda del State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) y el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), destinadas a quienes sean elegibles, ofrece mayores beneficios que participar en el plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare solamente. Todos los afiliados son elegibles para participar en este programa, independientemente del nivel de ingresos. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página o visite www.Medicare.gov.

H7. Recursos Adicionales

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen una prueba de residencia en el Estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado, y estatus de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP son elegibles para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del programa ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo afiliarse al programa o si actualmente está afiliado, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al programa ADAP (la información de contacto de esta organización se indica a continuación). Cuando llame, asegúrese de informarles su nombre del plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Ryan White CARE and HOPWA Services

Dirección:

Illinois Medication Assistance Program

525 W. Jefferson Street, 1st Floor

Springfield, IL 62761

Número de teléfono: 800-825-3518

FAX: 217-785-8013

Sitio web: <https://dph.illinois.gov/topics-services/diseases-and-conditions/hiv-aids/ryan-white-care-and-hopwa-services>



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

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, estado militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud ni por necesidades de servicios de salud. Humana Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, además de recursos y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como:
 - Intérpretes de lengua de señas acreditados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos asequibles, entre otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, que pueden incluir lo siguiente:
 - Intérpretes acreditados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, recursos auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, llame 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 le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color de la piel, 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 prevención de la 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 prevención de la discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o bien por correo postal o teléfono:

- 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)**.

Afiliados de California:

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud de California llamando al **916-440-7370 (TTY: 711)**, o enviando un correo electrónico a **Civilrights@dhcs.ca.gov**, o un 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 presentar 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**.

GHHNDN2025HUM

Aviso de Disponibilidad - Aviso de Servicios y Ayudas Auxiliares

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

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

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

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

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

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

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

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

Français [French]: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

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

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

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

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

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

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

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。

Este aviso está disponible en <https://es-www.humana.com/legal/multi-language-support>.

GHHNOA2025HUM_0425

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជូនម្រងផ្សេងៗជំនួយសមាជិក
រកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)**។

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

ພາສາລາວ [Lao]: ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ
ໃຫ້ໃຊ້ຟຣີ. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjì' bee adahodooníígíí diné bich'í'
anídahazt'í'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjì'
hodíílnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

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

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: 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]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன.
877-320-1235 (TTY: 711) ஐ அழைக்கவும்.

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

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

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

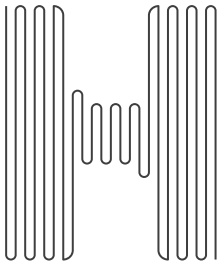
አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አገዥ ማዳመጫ እና አማራጭ ቅርፅ ሆላቸው አገልግሎቶችዎ ይገኛሉ። በ
877-320-1235 (TTY: 711) ላይ ይደውሉ።

Bàsà [Bassa]: Wuḍu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, Hwòdǒ-fáńa-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bé bé
nyuεε se wídí péè-péè dò ko. **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

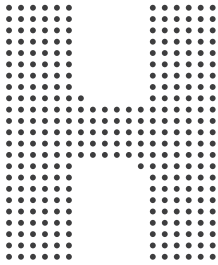
Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn isẹ àtilẹhin ìrànlowó èdè, àti ònà kíkà mírán wà lárọwótó. Pe
877-320-1235 (TTY: 711).

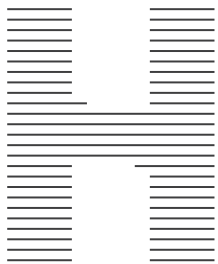
नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी निःशुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था)
सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।



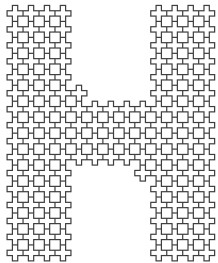
Puede ver estos documentos del plan de 2026 a partir del 15 de octubre de 2025 en **es-www.humana.com/PlanDocuments**. Aquí puede ver la información más actualizada sobre su plan. Es fácil de explorar, para que pueda encontrar lo que busca rápidamente.



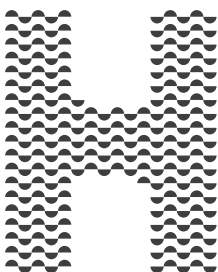
- Consulte su *Manual para Afiliados* para conocer los detalles, beneficios y costos específicos de su plan.
- Revise la *Lista de Medicamentos* que incluye los medicamentos cubiertos por su plan.
- Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para ver una lista de proveedores y especialistas en la red de su plan.



Para obtener copias en papel de estos documentos por correo, haga su pedido en línea en el sitio web anterior, o llame al **800-787-3311 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cuando llame, tenga preparada su tarjeta de identificación del afiliado de Humana. Cuando se le pregunte por qué llamó, diga “*Manual para Afiliados*”, “*Lista de Medicamentos*” y/o “*Directorio de Proveedores y Farmacias*”. El envío de los documentos por correo puede demorar hasta dos semanas.



Estamos aquí para usted. Si necesita ayuda con estas herramientas en línea, llame al número que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado de Humana.



Como afiliado de Humana, podemos llamarlo para ofrecerle otros productos relacionados con seguros. Puede optar por no recibir esas llamadas en el futuro llamando al número de Servicios para Afiliados que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación.

Información importante sobre los cambios en su
plan Medicare Advantage y de medicamentos recetados

Humana[®]