2027

Notificación Anual de Cambios

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H0963-001
Detroit
Condados de Macomb y Wayne

Humana®

Vamos a revisar los cambios **de 2027 para su plan**

Gracias por confiar en Humana con su Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) y Michigan Medicaid para 2026. En el interior, encontrará la Notificación anual de cambios, que le muestra los cambios importantes del plan de Medicare y Medicaid.

Estamos aquí para facilitarle la navegación de sus beneficios. Aunque algunos beneficios están cambiando, hemos escuchado a nuestros afiliados y nos hemos enfocado en proteger lo que más importa. Estamos comprometidos con una cobertura estable, atención individualizada y la confianza de afiliados, los proveedores y las comunidades a las que servimos.

Beneficios esenciales con los que puede contar



Dental, visión y audición



Cobertura de medicamentos recetados



$0 exámenes de detección preventiva*

Un vistazo más detallado a los cambios de su plan para 2027

Obtenga una vista personalizada e interactiva de los cambios en su plan de Medicare y Medicaid para 2027. Le proporcionamos todos los detalles que necesita para renovar con confianza. Puede encontrar los aspectos más destacados de sus cambios en la Sección D, Cambios en los Beneficios para el próximo año.

No se requiere ninguna acción para conservar su plan.

Próximas fechas para explorar sus opciones:

- ▶ **Hoy**

  Compare los detalles de su plan de Medicare y Medicaid para 2026 y 2027 en **es-www.Humana.com/PlanDocuments**

- **15 de octubre**
  Comienza la Inscripción Abierta de Medicare

- **7 de diciembre**
  Último día para la Inscripción Abierta

- **1 de enero**
  Los cambios del plan entran en vigor

Esto es lo que puede hacer a continuación

Para obtener una vista completa y personalizada, **escanee el código QR** para iniciar sesión o registrarse en MyHumana o visite

es-www.Humana.com/PlanDocuments

Si desea mantener su plan actual, no se requiere ninguna acción. Su plan se renovará el 1 de enero de 2027.

*Se aplica a los servicios cubiertos de los proveedores dentro de la red.

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) ofrecido por Humana Medical Plan of Michigan, Inc. (Humana)

Notificación anual de cambios para 2027

INTRODUCCIÓN

Actualmente está inscrito como afiliado de nuestro plan. El año próximo, habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura, las reglas y los costos del plan. Esta *Notificación anual de cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información al respecto. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, revise el *Manual para Afiliados*, que se encuentra en nuestro sitio web en **es-www.Humana.com/planinformation**. Llame a Servicios para afiliados al número que aparece al pie de la página para recibir una copia por correo. Los términos claves y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para los Afiliados*.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- **Puede obtener esta Notificación anual de cambios de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al Servicios para afiliados al 855-281-6070, TTY 711 los siete días de la semana, del 1 de oct. al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de sept., de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.**
- Queremos asegurarnos de que reciba sus comunicaciones de Humana en el formato que mejor se adapte a sus necesidades.
    - Si prefiere recibir sus comunicaciones escritas en un formato alternativo, como braille, letra grande, audio u otro idioma, comuníquese con Servicios para afiliados al 855-281-6070, TTY 711.
    - Una vez que recibamos su solicitud, todas las comunicaciones futuras requeridas por el estado se proporcionarán en el formato que usted haya elegido. Si no podemos proporcionarle los materiales impresos en el formato solicitado, el afiliado recibirá dichas comunicaciones por teléfono con la ayuda de un intérprete.
- Si desea cambiar su solicitud permanente, puede llamar al Servicios para afiliados al 855-281-6070, TTY 711 para actualizar su solicitud.

Para preguntas o problemas relacionados con el programa MI Coordinated Health o nuestro plan, comuníquese con el MI Community, Home, and Health Ombudsman (MI CHHO) para obtener ayuda gratuita. MI CHHO es un programa independiente y no está vinculado con este plan. Llame al 1-888-746-6456 o visite el sitio web de MI CHHO en meji.org/michho/mhlo. Para programar una cita con un consejero de opciones centrado en la persona, llame a MI Options al 1-800-803-7174 de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

Aprobación OMB 0938-1444 (Vence: 05/31/2029)

Índice

A. Descargos de responsabilidad 5

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Michigan Medicaid (Medicaid) para el próximo año 5

B1. Información sobre Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) 5

B2. Pasos importantes a seguir 6

C. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red 7

D. Cambios en los beneficios para el próximo año 7

D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos 7

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos 14

D3. Etapa 1: "Etapa de cobertura inicial" 15

D4. Etapa 2: "Etapa de cobertura catastrófica" 17

E. Cómo elegir un plan 17

E1. Permanecer en nuestro plan 17

E2. Cambiar de plan 18

F. Cómo obtener ayuda 21

F1. Nuestro plan 21

F2. MI Options 22

F3. The MI Community, Home, and Health Ombudsman (MI CHHO) 22

F4. Medicare 22

F5. Michigan Medicaid 23

F6. El Plan de Pago de Medicamentos de Medicare 24

F7. Recursos adicionales 24

A. Descargos de responsabilidad

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para brindar los beneficios de ambos programas a los afiliados. La afiliación depende de la renovación del contrato.

Programa de Mejora de la Calidad (QI, por sus siglas en inglés): Para ayudarnos a brindarle atención de calidad, desarrollamos un programa para asegurarnos de estar mejorando continuamente. Para recibir una copia del Resumen de la Descripción del Programa de Mejora de la Calidad, comuníquese con Servicios para afiliados al 855-281-6070, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Humana Healthy Options Allowance es un programa especial de beneficios suplementarios para afiliados con afecciones crónicas específicas que requieren una coordinación intensiva de su atención y que tienen un alto riesgo de hospitalización u otros resultados de salud adversos. Entre las afecciones que califican se incluyen la diabetes mellitus, los trastornos cardiovasculares, las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, los trastornos pulmonares crónicos o la insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Consulte el Manual para Afiliados del plan para obtener más detalles. Si utiliza este programa para la renta o servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que esto se informe como ingreso. Comuníquese con su oficina local de HUD si tiene preguntas.

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Michigan Medicaid (Medicaid) para el próximo año

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

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) forma parte del programa MI Coordinated Health (MICH). MICH es un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad altamente integrado (HIDE SNP, por sus siglas en inglés) que proporciona los beneficios de Medicare y Medicaid a los afiliados.

Si elige salir de nuestro plan, su membresía finalizará el último día del mes en que se realizó su solicitud. Usted seguirá formando parte de los programas Medicare y Michigan Medicaid mientras sea elegible.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección E2**.
- Opciones y servicios de Michigan Medicaid en la **Sección E2**.

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

- Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a afiliados. La afiliación depende de la renovación del contrato.

- Cuando esta *Notificación anual de cambios* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

B2. Pasos importantes a seguir

- **Verifique si hay cambios en nuestros beneficios y costos que puedan afectarle.**
  - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
  - Revise los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que funcionarán para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Verifique si hay cambios en nuestra cobertura de medicamentos que puedan afectarle.**
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Estarán en un nivel de costos compartidos diferente? ¿Puede seguir utilizando 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 D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Sus costos de los medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado.
    - — Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle en los costos anuales de su bolsillo a lo largo del año.
    - — Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de los medicamentos.
- **Consulte para ver si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.**
  - ¿Sus médicos, incluidos sus especialistas, están en nuestra red? ¿Qué hay de su farmacia? ¿Qué hay con respecto a los hospitales y otros proveedores que usted usa?
  - Consulte la **Sección C** para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo en los servicios y medicamentos que usa regularmente?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está feliz con nuestro plan.**

Si decide permanecer con Humana Dual Integrated (HMO D-SNP):
Si desea permanecer con nosotros el próximo año, es fácil. No tiene que hacer nada. Si usted no realiza ningún cambio, permanecerá inscrito automáticamente en Humana Dual 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 E2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, o cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

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

Las cantidades que pague por sus medicamentos dependen de la farmacia que utilice. Nuestro plan tiene una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *únicamente* si se surten en una farmacia de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle costos compartidos más bajos que los costos compartidos estándares ofrecidos por otras farmacias dentro de la red para algunos medicamentos.

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2027.

Por favor, revise *el* ***Directorio de Proveedores y Farmacias*** de 2027 para verificar si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) o su farmacia forman parte de nuestra red. Un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en **es-www.Humana.com/FindCare**. También puede llamar a Servicios para afiliados a los números que aparecen al pie de la página para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Es importante que sepa que es posible que también hagamos cambios a nuestra red durante el año. Si su proveedor deja el 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 aparece en la parte inferior de la página para obtener ayuda.

D. Cambios en los beneficios para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el próximo año. La tabla a continuación describe estos cambios.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Monitor continuo de glucosa (CGM)	El MCG en una farmacia **no está** cubierto.	Copago de **$0** para los Monitores Continuos de Glucosa (CGM) Preferidos que están cubiertos en farmacias. Los CGM Preferidos son Dexcom y Freestyle Libre. Para este servicio debe utilizarse un proveedor dentro de la red. Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos. *Es posible que se requiera autorización previa

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Servicios dentales Servicios dentales rutinarios:	**DEN197** • Copago de **$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda) hasta 1 por cuadrante cada 3 años. • Copago de **$0** por evaluación oral integral o examen periodontal, raspado por inflamación moderada, hasta 1 cada 3 años. • Copago de **$0** por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años. • Copago de **$0** por radiografías de aleta de mordida, radiografías intraorales, hasta 1 juego(s) por año. • Copago de **$0** por examen de diagnóstico de emergencia, hasta 1 por año. • Copago de **$0** por examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. • Copago de **$0** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año. • Copago de **$0** por anestesia necesaria con servicio cubierto hasta según sea necesario con códigos cubiertos por año. • Copago de **$0** por empaste de amalgama y/o resina compuesta hasta ilimitado por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$2,000** por año para todos los beneficios de diagnóstico/prevención y beneficios integrales.	**DEN268** • Copago de **$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda) hasta 1 por cuadrante cada 3 años. • Copago de **$0** por evaluación oral integral o examen periodontal, raspado por inflamación moderada, hasta 1 cada 3 años. • Copago de **$0** por radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico, hasta 1 cada 5 años. • Copago de **$0** por radiografías de aleta de mordida, examen de diagnóstico de emergencia, radiografías intraorales hasta 1 por año • Copago de **$0** por examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. • Copago de **$0** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año. • Copago de **$0** por anestesia necesaria con servicio cubierto hasta según sea necesario con códigos cubiertos por año. • Copago de **$0** por empaste de amalgama y/o resina compuesta hasta ilimitado por año.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Servicios para la audición	**HER945** • Copago de **$0** por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. • Copago de **$0** por consultas de seguimiento con el proveedor, sin límite por año. • Copago de **$0** por cada audífono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído cada 3 años. • Nota: Incluye 80 baterías por aparato y garantía de 3 años. • Visitas de seguimiento ilimitadas con el proveedor durante el primer año tras la compra del audífono TruHearing.	**HER101** • Copago de **$0** por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. • Copago de **$0** por consultas de seguimiento con el proveedor hasta 3 por año. • Copago de **$0** por cada audífono de receta de Nivel 2 hasta 1 por oído por año. • Nota: Incluye 3 años de baterías por audífono no recargable (hasta 60 pilas por oído, por año) y garantía de 3 años. • Tres visitas de seguimiento con el proveedor durante el primer año posterior a la compra del audífono, con el proveedor original.
Asistencia de Vivienda (Cubierta por Michigan Medicaid)	El pago de servicios públicos de electricidad, agua o gas (se requiere aviso de pago tardío) está cubierto	El pago de servicios públicos de electricidad, agua o gas (se requiere aviso de pago tardío) **no está** cubierto

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
***Beneficio Suplementario Especial para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI)** Humana Healthy Options Allowance® **(Continúa en la página siguiente)**	Asignación mensual de **$245** en una tarjeta de gastos prepagada. Todos los afiliados del plan reciben este monto para comprar productos aprobados de salud y bienestar de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) en los comercios minoristas participantes. Además, los afiliados también pueden usar este dinero para compras de alimentos elegibles, servicios públicos, renta y más si tienen ciertas afecciones crónicas elegibles y cumplen otros criterios del programa. Cualquier cantidad no utilizada se acumula cada mes y vence al final del año del plan o al darse de baja, lo que ocurra primero.	Asignación mensual de **$240** en una tarjeta de gastos prepagada. Todos los afiliados del plan reciben esta cantidad para comprar productos aprobados de venta sin receta (OTC) de salud y bienestar en minoristas participantes o a través del proveedor aprobado de pedidos por correo de productos OTC del plan. Además, los afiliados también pueden usar este dinero para compras elegibles de alimentos, servicios públicos, alquiler y más si tienen ciertas afecciones crónicas graves o incapacitantes elegibles y cumplen otros criterios del programa. Cualquier cantidad no utilizada se acumula cada mes y vence al final del año del plan o al darse de baja, lo que ocurra primero.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
***Beneficio Suplementario Especial para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI)** Humana Healthy Options Allowance® **(Continuación)**	*Esta asignación para gastos es un programa especial para afiliados con afecciones de salud específicas. Entre las afecciones que califican se incluyen la diabetes mellitus, los trastornos cardiovasculares, las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, los trastornos pulmonares crónicos o la insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Algunos planes requieren al menos dos afecciones y aplican otros requerimientos. Consulte el Manual para Afiliados del plan para obtener más detalles. Si utiliza este programa para la renta o servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que esto se informe como ingreso si busca asistencia. Si tiene preguntas, contacte a la oficina del HUD local.	*Esta asignación de gastos es un programa especial de beneficios suplementarios para afiliados con afecciones crónicas específicas que requieren coordinación intensiva de atención y tienen un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos de salud. Entre las afecciones que califican se incluyen la diabetes mellitus, los trastornos cardiovasculares, las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, los trastornos pulmonares crónicos o la insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Consulte el Manual para Afiliados del plan para obtener más detalles. Si utiliza este programa para la renta o servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que esto se informe como ingreso. Comuníquese con su oficina local de HUD si tiene preguntas.
Transporte de rutina	**TRAN049:** • Copago de **$0** para ubicaciones aprobadas por el plan hasta 48 viaje(s) de ida por año en automóvil, servicios de transporte compartido, camioneta, vehículo con acceso para sillas de ruedas. • Este beneficio no puede exceder 50 millas por viaje.	Usted recibe transporte médico no urgente hacia y desde todos los servicios médicos cubiertos a través de su Michigan Medicaid. También recibe un Beneficio de Transporte Adicional a través de su Michigan Medicaid: Hasta 15 viajes de ida y vuelta (o 30 viajes de ida) de hasta 30 millas para transporte no médico por año para citas no médicas.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Transporte Médico No de Emergencia (NEMT)	**Flexibilidad de uniformidad Transporte Médico No Urgente** • Copago de **$0** por ubicación aprobada por el plan hasta un número ilimitado de viaje(s) de ida por año para afiliados con un diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica (ERC), Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ERET) o Cáncer. • Este beneficio no puede exceder 50 millas por viaje.	Usted recibe transporte médico no urgente hacia y desde todos los servicios médicos cubiertos a través de su Michigan Medicaid. También recibe un Beneficio de Transporte Adicional a través de su Michigan Medicaid: Hasta 15 viajes de ida y vuelta (o 30 viajes de ida) de hasta 30 millas para transporte no médico por año para citas no médicas.
Programa Virtual de Recuperación Cardíaca de Flexibilidad Uniforme	El Programa Virtual de Recuperación Cardíaca **no está** cubierto	Copago de **$0** por un programa virtual de recuperación cardíaca prestado a través de telesalud, con hasta 36 sesiones cubiertas para apoyar la recuperación y reducir el riesgo de readmisión hospitalaria. La cobertura está disponible después de hospitalizaciones para afiliados con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), Hipertensión, Neumonía o Enfermedad Respiratoria.
Servicios de Visión (Rutinarios)	• Copago de **$0** por examen rutinario, hasta 1 por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$400** por año para lentes de contacto o anteojos-lentes y monturas, ajustes para anteojos-lentes y monturas. • Es posible que haya opciones de lentes para anteojos disponibles con el monto máximo de cobertura del beneficio de hasta 1 par por año. • El monto máximo de cobertura del beneficio está limitado a un solo uso por año.	• Copago de **$0** por examen rutinario, hasta 1 por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$200** por año para lentes de contacto o anteojos-lentes y monturas, ajustes para anteojos-lentes y monturas. • Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con el monto máximo de cobertura del beneficio hasta 1 par por año. • El monto máximo de cobertura del beneficio está limitado a un uso por año.

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* también se llama Formulario o Lista de Medicamentos. Una copia de nuestro *Lista de medicamentos* está publicada en línea en **es-www.Humana.com/druglist**.

Realizamos cambios a nuestra *Lista de Medicamentos*, que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o su traslado a un nivel diferente de participación en los costos.

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

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

Si se ve afectado por un cambio en nuestra cobertura de medicamentos, le animamos a que:

- Trabaje con su médico (u otro profesional que recete) para encontrar un medicamento diferente que sí cubramos.
    - Puede llamar a Servicios para afiliados a los números que aparecen al pie de la página o comunicarse con su coordinador de atención para solicitar una *Lista de Medicamentos Cubiertos* que traten la misma condición.
    - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría 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 por hasta 30 o 31 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede recibir un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Afiliados*.)
    - Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si le afecta un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Afiliados* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro

temporal, presentar una excepción y/o buscar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicios para afiliados para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos

Debido a que es elegible para Medicaid de Michigan, recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le enviamos la información por separado llamada "Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también denominada "Cláusula del subsidio por ingresos limitados" o "Cláusula LIS", por sus siglas en inglés), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Afiliados y solicite la "Cláusula LIS".

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare bajo nuestro plan. Lo que usted paga depende de su nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) y de la etapa en la que se encuentre cuando surta o resurta una receta. Estas son las dos etapas:

ETAPA 1 Etapa de cobertura inicial	ETAPA 2 Etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte del costo se denomina copago. Usted comienza en esta etapa de pago cuando surte su primer medicamento recetado del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2027. Usted comienza esta etapa cuando haya pagado determinada cantidad en concepto de costos de desembolso personal.

La Etapa de cobertura inicial termina cuando sus gastos totales de desembolso personal por medicamentos alcanzan **$2,400**. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de medicamentos desde entonces hasta que termine el año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual para Afiliados* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

Bajo el Programa de Descuentos de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos de la Parte D cubiertos durante la etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de desembolso personal.

D3. Etapa 1: "Etapa de cobertura inicial"

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de los medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte. Su parte del costo se denomina copago. El copago depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentre el medicamento y dónde lo compra. Usted pagará un copago cada vez que surta un medicamento recetado. Si el costo del medicamento cubierto es menor que el copago, usted pagará el costo inferior.

Trasladamos algunos de los medicamentos de nuestro *Lista de medicamentos* a un nivel de medicamento más bajo o más alto. Si sus medicamentos se trasladan de un nivel a otro, su copago podría modificarse. Para saber si sus medicamentos están en un nivel diferente, búsquelos 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 estándar en cada uno de nuestros 5 niveles de medicamentos. Estos montos aplican **únicamente** durante el período en que usted se encuentre en la Etapa de cobertura inicial.

Los costos de los medicamentos que se muestran corresponden a afiliados elegibles para el programa de Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare. Si usted deja de recibir Ayuda Adicional (Extra Help), es posible que pague más por sus recetas. Recibirá una carta con sus nuevos costos de los medicamentos.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.

Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrezca costos compartidos preferentes, o para recetas por correo, consulte el **Capítulo 6, Sección D** de su *Manual para Afiliados*.

	2026 (este año)	**2027 (el próximo año)**
Medicamentos en el Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos Costo para el suministro de un mes de un medicamento que está en el Nivel 1 que se surte en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es **$0**. Su copago por una receta por correo de un mes (30 días) es **$0**.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es **$0**. Su copago por una receta de pedido por correo preferido de un mes (30 días) es **$0**.
Medicamentos en el Nivel 2 Medicamentos genéricos Costo por un suministro de un mes de un medicamento del Nivel 2 surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es **$0**. Su copago por una receta por correo de un mes (30 días) es **$0**.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es **$0.** Su copago por una receta de pedido por correo preferido de un mes (30 días) es **$0**.
Medicamentos en el Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 3 que se surte en una farmacia de la red	Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.60**, o **$5.10** Para medicamentos de marca: **$0**, **$4.90**, o **$12.65**	Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.65**, o **$5.80** Para medicamentos de marca: **$0**, **$5**, o **$14.40**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos en el Nivel 4 Medicamentos no preferidos Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 4 que se surte en una farmacia de la red	Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.60**, o **$5.10** Para medicamentos de marca: **$0**, **$4.90**, o **$12.65**	Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.65**, o **$5.80** Para medicamentos de marca: **$0**, **$5**, o **$14.40**
Medicamentos en el Nivel 5 Nivel de medicamentos especializados Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 5 que se surte en una farmacia de la red	Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.60**, o **$5.10** Para medicamentos de marca: **$0**, **$4.90**, o **$12.65**	Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.65**, o **$5.80** Para medicamentos de marca: **$0**, **$5**, o **$14.40**

La Etapa de cobertura inicial termina cuando sus gastos totales de desembolso personal alcanzan **$2,400**. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de medicamentos desde entonces hasta que termine el año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual para Afiliados* para obtener más información sobre cuánto paga por los medicamentos.

D4. Etapa 2: "Etapa de cobertura catastrófica"

Cuando alcance el límite de gastos de su propio bolsillo **$2,400** para sus medicamentos, la Etapa de cobertura catastrófica comienza y usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Permanecerá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta que finalice el año calendario.

Para obtener más información sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, consulte el **Capítulo 6** de su *Manual para Afiliados*.

E. Cómo elegir un plan

E1. Permanecer en nuestro plan

Esperamos que continúe como afiliado del plan. No necesita 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 2027.

E2. Cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su afiliación en determinados momentos del año. Debido a que está inscrito en Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), tiene algunas opciones para dar por terminada su membresía en nuestro plan, incluyendo cualquier mes del año.

Además, puede terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de inscripción abierta**, que tiene lugar del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Medicare Advantage (MA) Período de inscripción abierta**, que tiene vigencia del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

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

- Se mudó fuera de nuestra área de servicio.
- su elegibilidad para Michigan Medicaid o la Ayuda Adicional cambió, **o**
- recientemente se mudó a una institución o actualmente recibe atención en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo). Si recientemente salió de una institución, puede cambiar de plan o cambiar a Medicare Original durante los dos meses completos posteriores al mes en que salió.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare que se enumeran a continuación en cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional que se describe a continuación durante ciertos períodos del año, incluidos el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **Sección E2**. Al elegir una de estas opciones, automáticamente terminará su afiliación a nuestro plan.

1. Puede cambiar a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Otro plan que proporcione sus beneficios y servicios de Medicare y la mayor parte o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como plan de necesidades especiales para beneficiarios duales integrado (D-SNP) o un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), si usted reúne los requisitos.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE, por sus siglas en inglés), llame al 855-445-4554 o al 855-483-7223. Si necesita ayuda o más información: • Llame a MI Options al 1-800-803-7174. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de MI Options en su área, visite https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/state-health-insurance-assistance-program **o** Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan. También puede comunicarse directamente con el plan en el que desea inscribirse.

2. Puede cambiar a: **Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado** **Para solicitar Medicaid, complete una solicitud en línea en** www.michigan.gov/mibridges**.**	**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 a MI Options al 1-800-803-7174 • Para obtener más información o encontrar una oficina local de MI Options en su área, visite https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/state-health-insurance-assistance-program. o Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.
3. Puede cambiar a: **Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado si tiene un motivo de desafiliación válido** **Para solicitar Medicaid, complete una solicitud en línea en** www.michigan.gov/mibridges**.** **NOTA:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no desea unirse. Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a MI SHIP MI Options al 800- 803-7174 (TTY 711). Para obtener más información o encontrar una oficina local de MI Options en su área, visite https://www.michigan.gov/mdhhs/ adult-child-serv/adults- and-seniors/acls/state-health-insurance-assistance- program.	**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 a MI Options al 1-800-803-7174 • Para obtener más información o encontrar una oficina local en su área, visite https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/state-health-insurance-assistance-program. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.

4. Usted puede cambiarse a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos períodos del año, incluidos el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **Sección E2**.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 855-445-4554 o al 855-483-7223. Si necesita ayuda o más información: • Llame a MI Options al 1-800-803-7174 **o** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Sus servicios de Michigan Medicaid

Para preguntas sobre cómo recibir sus servicios de Michigan Medicaid después de que deje nuestro plan, comuníquese con la Línea de Ayuda para Beneficiarios: 1-800-642-3195 o beneficiarysupport@michigan.gov. Para obtener más información, conéctese a www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support. Pregunte cómo afecta a su cobertura de Michigan Medicaid unirse a otro plan o regresar a Medicare Original.

F. Cómo obtener ayuda

F1. Nuestro plan

Si tiene preguntas, aquí estamos para ayudarle. Llame a Servicios para afiliados a los números que aparecen en la parte inferior de la página durante los días y horarios de atención indicados. Estas llamadas son gratuitas.

Lea su 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 los costos para 2027. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos que cubrimos.

El *Manual para Afiliados* para 2027 estará disponible antes del 15 de octubre. Una copia actualizada del *Manual para Afiliados* está disponible en nuestro sitio web en **es-www.Humana.com/planinformation**. También puede llamar al Servicios para afiliados a los números que aparecen al final de la página para solicitarnos que le enviemos por correo un *Manual para Afiliados* para 2027.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en **es-www.Humana.com/planinformation**. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y de farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos (Lista de Medicamentos Cubiertos).*

F2. MI Options

También puede llamar al programa estatal de seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés). En Michigan, el SHIP se llama MI Options. MI Options puede ayudarle a entender sus opciones de plan y responder preguntas sobre el cambio de planes. MI Options no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. MI Options cuenta con consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de MI Options es 800-803-7174 (TTY 711). Para obtener más información o encontrar una oficina local de MI Options en su área, visite https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and- seniors/acls/state-health-insurance-assistance-program.

F3. The MI Community, Home, and Health Ombudsman (MI CHHO)

El Defensor del Pueblo de la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO) actúa como defensor y solucionador de problemas para las personas inscritas en el programa MICH de Michigan. MI CHHO no está afiliado a ninguna compañía de seguros ni plan de salud, todos sus servicios son gratuitos y mantiene toda la información de manera confidencial. Llame al MI CHHO si tiene problemas o demoras con su plan para obtener atención médica, servicios, equipos, otros beneficios, o con la calidad de la atención. MI CHHO también puede ayudarle a obtener información sobre el programa MICH y las opciones de atención en la comunidad, incluidos sus derechos. Puede llamar al MI CHHO si su plan le ha denegado atención médica, servicios, equipos u otros beneficios, incluida la ayuda con las apelaciones.

Comuníquese con nosotros a través de nuestra línea gratuita: 1-888-746-6456

F4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048
- Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
- Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Si decide darse de baja de nuestro plan e inscribirse en 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 sobre los planes de Medicare disponibles en su área usando 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".)

Medicare y Usted 2027

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2027*. Este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare todos los años en otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes que se hacen 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.

F5. Michigan Medicaid

Michigan Medicaid es un programa de atención médica que proporciona servicios de salud integrales a adultos y niños de bajos ingresos. Los servicios cubiertos por Medicaid se ofrecen a través de lo que se denomina pago por servicio o a través de Organizaciones de Atención Administrada de Medicaid.

- Pago por servicio es el término para los servicios pagados por Medicaid que no se prestan a través de un plan de salud. Esto significa que Medicaid paga por el servicio. Las personas bajo el pago por servicio utilizarán la tarjeta www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/adults/quicklinks/the-mihealth-card para recibir servicios.
- Puede encontrar información adicional sobre Michigan Medicaid en el siguiente sitio web www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare
- Las personas pueden inscribirse en un plan de salud. El plan de salud paga la mayoría de los servicios. Para las personas que elijan inscribirse en un plan de salud, Michigan Enrolls enviará una carta con más información. Después de la inscripción en un plan de salud, tanto la tarjeta MIhealth como la tarjeta del plan de salud son necesarias para acceder a los servicios. Para obtener información adicional sobre cómo inscribirse en un plan de salud, visite el siguiente sitio web www.michigan.gov/mdhhs/assistance- programs/healthcare.

Costos

Las personas con Medicaid y Medicare que estén inscritas en un HIDE SNP, como nuestro plan, no tendrán primas, copagos, costos compartidos, coseguro, ni deducibles por los servicios de Dentro de la red, excepto en algunos casos para los medicamentos de Medicare Parte D. Las personas con Gastos Médicos de Pre-Elegibilidad (PEME, por sus siglas en inglés) y Montos de Pago del Paciente (PPA, por sus siglas en inglés) aún están obligadas a pagar estos gastos cuando están inscritas en un HIDE SNP. Si se da de baja de nuestro HIDE SNP, es posible que deba pagar una pequeña cantidad denominada copago. Las personas de 21 años o mayores pueden tener un copago por los servicios indicados en los Requisitos de Copago para Beneficiarios. Para ver una lista de los montos de copago en este cuadro, visite www.michigan.gov/mdhhs/-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder1/Folder60/WebCo-PayTable_11-02-06.pdf?rev=39dfeae1839e4434b66f503f84d63e45&hash=18CE85BF53B120E81739BD1F781CE2B8.

F6. El Plan de Pago de Medicamentos de Medicare

El Medicare Prescription Payment Plan es una opción de pago que puede ayudarle a manejar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre) en pagos mensuales. Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Si está participando en el Medicare Prescription Payment Plan y permanece en el mismo plan de la Parte D, no necesita hacer nada para continuar participando en 2027. Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus gastos totales de desembolso personal por medicamentos.

La "Ayuda Adicional" ("Extra Help") de Medicare y la ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (SPAP) y el AIDS Drug Assistance Program (ADAP), para quienes califiquen, son más ventajosas que participar en el Medicare Prescription Payment Plan. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece al pie de esta página o visite www.Medicare.gov.

F7. Recursos adicionales

Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)

El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el programa ADAP que están viviendo con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos esenciales contra el VIH/SIDA. Para ser elegible para el ADAP que opera en su Estado, las personas deben cumplir ciertos criterios; entre ellos, prueba de residencia en el Estado y de su condición de VIH, ingresos bajos según lo definido por el Estado, y condición de no asegurado o subasegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D que también están cubiertos por ADAP califican para recibir asistencia de medicamentos de costos compartidos a través del programa ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al programa ADAP (la información de contacto de esta organización se indica a continuación). Cuando llame, asegúrese de informar el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.

Programa de Asistencia de Medicamentos de Michigan (MIDAP)

Dirección:

Michigan Drug Assistance Program, HIV Care Section,

Division of Health, Wellness, and Disease Control

109 Michigan Avenue 9th Floor

Lansing, MI 48913

Número de teléfono: 888-826-6565

FAX: 517-335-7723

Sitio web: https://www.michigan.gov/mdhhs/keep-mi-healthy/chronicdiseases/hivsti/michigan-drug-assistance-program

Declaración de Divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, diríjase por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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, nacionalidad de origen, estatus militar, estatus de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana, Inc.:

- Brinda a las personas con discapacidades modificaciones razonables, junto con recursos y servicios auxiliares gratuitos y adecuados para comunicarse eficazmente con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados en lengua de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos).
- Brinda servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir lo siguiente:
  - Intérpretes calificados
  - Información por escrito en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas auxiliares apropiadas o servicios de asistencia en otros idiomas, comuníquese al **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si cree que Humana Inc. no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, estatus militar, estatus de veterano, información genética, ascendencia, etnia, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico ante el Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. a PO Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)** o a **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente 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 de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, Edificio HHH, Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**

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

MINDN2026HUM_0826

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GHHNOA2026HUM_0526

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

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

ភាសាខ្មែរ [Khmer]៖ សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ 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]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

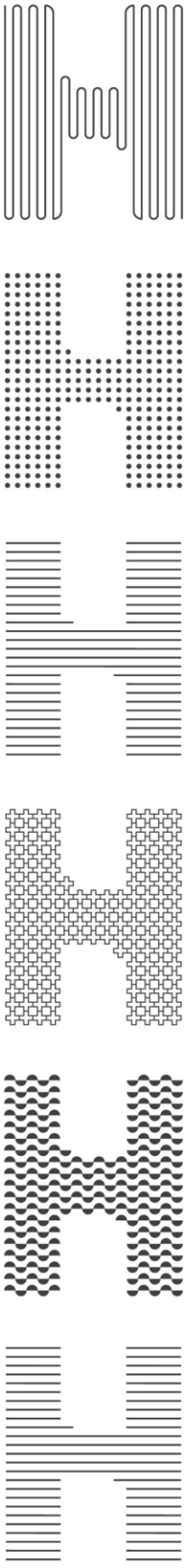
తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

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

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

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

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



¿Listo para revisar? Estamos aquí para ayudarle.

A partir del 15 de octubre de 2026, puede revisar los documentos del plan de Medicare y Medicaid para 2027. Podrá encontrar la información que necesita rápidamente con una búsqueda sencilla, que incluye:

- *Manual para Afiliados* con los Derechos y Responsabilidades de Afiliado
- Detalles del plan, beneficios y costos.
- *Directorio de Proveedores y Farmacias* que le permite buscar por especialidad, ubicación o afección.
- Consulte la *Lista de Medicamentos* para obtener una lista de los medicamentos cubiertos en su plan.

Revise sus documentos del plan de Medicare y Medicaid 2027 en **es-www.Humana.com/PlanDocuments**. Para ver todos los beneficios de su plan de Medicare y Medicaid de Humana, consulte el *Manual para Afiliados*. Sus beneficios se encuentran en el Cuadro de Beneficios (lo que está cubierto) en el Capítulo 4. Sus beneficios de Farmacia están en el Capítulo 6.

Estamos aquí para usted. Si necesita ayuda para utilizar nuestras herramientas en línea, llame al número al reverso de su tarjeta de identificación de afiliado de Humana.

Para obtener copias impresas de estos documentos, llame al **855-281-6070 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Tenga a mano su tarjeta de identificación de afiliado de Humana. Cuando se le pregunte el motivo de su llamada, diga "*Manual para Afiliados*" o "*Directorio de proveedores y farmacias*." Por favor, espere hasta dos semanas para recibir los documentos por correo.

Actualizamos nuestros planes anualmente según el financiamiento de Medicare, los cambios de política y las prioridades de los afiliados.

Como afiliado de Humana, es posible que reciba llamadas sobre otros productos de seguro. Puede optar por no recibir esas llamadas futuras llamando al número de Servicios para afiliados que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación.

Humana®

Y0040_GHZQHEHSP_C

Notas

Notas

Humana Inc.
101 E Main Street
Louisville, KY 40202

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

Humana®