2027

# Notificación Anual de Cambios

**Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)**

Este es un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad altamente integrado (HIDE, por sus siglas en inglés).

**Centro y norte de Florida**

Humana® CarePlus HEALTH PLANS™

H1036_ANOC_MAPD_HMO_073000340000_2027_SP_M

H1019073000H1036340000ANOCSP27

# Vamos a revisar su plan
# **Cambios del plan 2027**

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

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**

**Exámenes de atención preventiva por $0***

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

Obtenga una vista personalizada e interactiva de los cambios en su plan 2027. Le proporcionamos todos los detalles que necesita para renovar con confianza.

## No se requiere ninguna acción para conservar su plan.

**Próximas fechas para explorar sus opciones:**

- ▶ **Hoy**
  Compare los detalles de su plan 2026 y 2027 en **CarePlusHealthPlans.com/MoveToHumana**
- **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

**CarePlusHealthPlans.com/MoveToHumana**

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, Inc.**

# Notificación anual de cambios para 2027

Está inscrito como afiliado de CareNeeds Plus (HMO D-SNP).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá en CareNeeds Plus (HMO D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2027*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Tiene más información sobre los costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en **es-www.Humana.com/PlanInformation** o llame a Servicios para afiliados al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

**Recursos adicionales**

- Este material está disponible sin costo en criollo y español.
- Llame a Servicios para afiliados al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, entre el 1 de abril y el 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluidos braille, letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para afiliados al número que aparece anteriormente.

**Acerca de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)**

- Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) es un plan HMO SNP de Necesidades Especiales para Doble Elegibilidad con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Florida. La afiliación a este plan de Humana depende de la renovación del contrato. Nuestro plan además tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Patrocinado por Humana Medical Plan, Inc. y el Estado de Florida, Agencia para la Administración del Cuidado de Salud.
- Cuando este material dice "nosotros" o "nuestro(a)," se refiere a Humana Medical Plan, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan," se refiere a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).
- El 1 de enero de 2027, Humana Medical Plan, Inc. combinará CareNeeds Plus (HMO D-SNP) con uno de nuestros planes, Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Este material le informa sobre las diferencias entre sus beneficios actuales en CareNeeds Plus (HMO D-SNP) y los beneficios que tendrá a partir del 1 de enero de 2027 como afiliado de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, quedará inscrito automáticamente en Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

H1036_ANOC_MAPD_HMO_073000340000_2027_SP_M

Aprobación OMB 0938-1051 (Vence: 31 de julio de 2029)

# Índice

**Resumen de costos importantes para 2027** ..... **6**

**SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo** ..... **11**

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan ..... 11

Sección 1.2 Cambios a su Cantidad máxima de desembolso personal ..... 11

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores ..... 12

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias ..... 12

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos ..... 12

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D ..... 19

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta ..... 20

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos** ..... **24**

**SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan** ..... **25**

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan ..... 26

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? ..... 26

**SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta** ..... **26**

**SECCIÓN 5 Preguntas** ..... **27**

Obtenga ayuda de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) ..... 27

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare ..... 28

Obtenga ayuda de Medicare ..... 28

Obtenga ayuda de parte de Medicaid ..... 29

**Anexo A Información de Contacto de la Agencia Estatal** ..... **30**

Se enumeran los nombres, direcciones, números de teléfono y otra información de contacto para una variedad de recursos útiles en su estado.

## Resumen de costos importantes para 2027

| Costos | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| **Prima mensual del plan** | **$0** | **$0** |
| **Deducible** | No corresponde | **$0** |
| **Cantidad máxima de desembolso personal**<br><br>Este es el máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vaya a la Sección 1.2 para más detalles.) | **$3,400**<br><br>Si es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, lo más probable es que usted no sea responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal hacia la cantidad máxima de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. | **$9,850**<br><br>Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo por la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. |
| **Consultas de atención primaria en el consultorio** | Copago de **$0** por consulta | Copago de **$0** por consulta |
| **Consultas con un especialista** | Copago de **$0** por consulta | Copago de **$0** por consulta |
| **Estadías en el hospital como paciente internado**<br><br>Incluye varias estadías en el hospital como paciente internado tales como cuidados agudos, rehabilitación y cuidado a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que es admitido formalmente con una orden médica y termina el día antes de recibir el alta. | Copago de **$0** por estadía | Copago de **$0** por estadía |

| Costos | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| **Cobertura para medicamentos de la Parte D**<br><br>(Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles, incluidos el Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica.)<br><br>No todos los niveles pueden incluir insulina. Consulte su Lista de Medicamentos para confirmar la cobertura de insulina. | Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D<br><br>Deducible de **$0** | **Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D**<br><br>Si recibe Ayuda Adicional, su deducible es **$0**. Consulte el inserto de su *Cláusula LIS* para conocer sus montos de costos compartidos.<br><br>Si **no** recibe Ayuda Adicional, el deducible es **$700**.<br><br>**$0** para el Nivel 1, el Nivel 2 y el Nivel 3<br>**$700** para el Nivel 4 y el Nivel 5; excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos |
| | Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: | **Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** |

| Costos | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| | Para un suministro de 30 días de una **farmacia minorista**:<br><br>• Nivel 1 de medicamentos: **$0**<br><br>Usted no paga más de **$0** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• Nivel 2 de medicamentos: **$0**<br><br>Usted no paga más de **$0** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• Nivel 3 de medicamentos: **25%**<br><br>Usted no paga más de **25%** hasta **$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• Nivel 4 de medicamentos: **25%**<br><br>Usted no paga más de **25%** hasta **$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• Nivel 5 de medicamentos: **33%**<br><br>Usted no paga más de **25%** hasta **$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. | Para un suministro de 30 días de una **farmacia minorista**:<br><br>• **Nivel 1 de medicamentos: $0**<br><br>Usted no paga más de **$0** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• **Nivel 2 de medicamentos: $0**<br><br>Usted no paga más de **$0** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• **Nivel 3 de medicamentos: 17%**<br><br>Usted no paga más de **17%** hasta **$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• **Nivel 4 de medicamentos: 40%**<br><br>Usted no paga más de **25%** hasta **$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• **Nivel 5 de medicamentos: 25%**<br><br>Usted no paga más de **25%** hasta **$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. |

| Costos | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| | Para un suministro de 100 días de una **farmacia de pedidos por correo** con costos compartidos preferidos:<br><br>• Nivel 1 de medicamentos: **$0**<br><br>Usted no paga más de **$0** por suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• Nivel 2 de medicamentos: **$0**<br><br>Usted no paga más de **$0** por suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• Nivel 3 de medicamentos: **25%**<br><br>Usted no paga más de **25%** hasta **$105** por suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• Nivel 4 de medicamentos: **25%**<br><br>Usted no paga más de **25%** hasta **$105** por suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• Nivel 5 de medicamentos: No disponible | Para un suministro de 100 días de una **farmacia de pedidos por correo** con costos compartidos preferidos:<br><br>• **Nivel 1 de medicamentos: $0**<br><br>Usted no paga más de **$0** por suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• **Nivel 2 de medicamentos: $0**<br><br>Usted no paga más de **$0** por suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• **Nivel 3 de medicamentos: 17%**<br><br>Usted no paga más de **17%** hasta **$105** por suministro de 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• **Nivel 4 de medicamentos: 40%**<br><br>Usted no paga más de **25%** hasta **$105** por suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• **Nivel 5 de medicamentos:** No disponible |

| Costos | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| | Para un suministro de 100 días de una **farmacia de pedidos por correo** con costo compartido estándar:<br><br>• Nivel 1 de medicamentos: **$30**<br><br>Usted no paga más de **25%** hasta **$30** por suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• Nivel 2 de medicamentos: **$60**<br><br>Usted no paga más del **25%** hasta **$60** por suministro de 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• Nivel 3 de medicamentos: **25%**<br><br>Usted no paga más de **25%** hasta **$105** por suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• Nivel 4 de medicamentos: **25%**<br><br>Usted no paga más de **25%** hasta **$105** por suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• Nivel 5 de medicamentos: No disponible | Para un suministro de 100 días de una **farmacia de pedidos por correo** con costo compartido estándar:<br><br>• **Nivel 1 de medicamentos: $30**<br><br>Usted no paga más de **25%** hasta **$30** por suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• **Nivel 2 de medicamentos: $60**<br><br>Usted no paga más de **16%** hasta **$60** por suministro de 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• **Nivel 3 de medicamentos: 17%**<br><br>Usted no paga más de **17%** hasta **$105** por suministro de 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• **Nivel 4 de medicamentos: 40%**<br><br>Usted no paga más de **25%** hasta **$105** por suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>• **Nivel 5 de medicamentos:** No disponible |
| | Cobertura Catastrófica:<br><br>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado. | **Cobertura Catastrófica:**<br><br>En esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. |
| **Cobertura de medicamento(s) excluido(s)** | • Medicamentos seleccionados para la Disfunción Eréctil: Cubierto<br><br>• Vitaminas selectas con receta médica: Cubierto | • Medicamentos seleccionados para la Disfunción Eréctil: Sin cobertura<br><br>• Vitaminas seleccionadas con receta: No Cubierto |

# SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

## Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

| Costos | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual del plan**<br><br>(También debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que Florida Medicaid la pague por usted.) | **$0** | **$0** |

## Sección 1.2 Cambios a su Cantidad máxima de desembolso personal

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina Cantidad máxima de desembolso personal (MOOP, por sus siglas en inglés). Una vez que haya pagado esta cantidad, por lo general no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

| Costos | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Cantidad máxima de desembolso personal**<br><br>Los costos compartidos pagados por el beneficiario, Medicaid y otros seguros secundarios contribuyen al máximo de gastos de desembolso personal. Debido a que nuestros afiliados también reciben ayuda de Florida Medicaid, muy pocos afiliados llegan alguna vez a este máximo de gastos de desembolso personal.<br><br>Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo por la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br><br>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) **cuentan** para su cantidad máxima de desembolso personal. Sus costos por medicamentos recetados **no cuentan** para su cantidad máxima de desembolso personal. | **$3,400** | **$9,850**<br><br>Una vez que haya pagado **$9,850** de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. |

## Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. A partir del 15 de octubre de 2026, puede revisar *el Directorio de Proveedores y Farmacias* 2027 en **es-www.Humana.com/FindCare** para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación le explicamos cómo obtener un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en **es-www.Humana.com/FindCare**.
- Llame a Servicios para afiliados al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad del año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicios para afiliados al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga un período especial de inscripción si su proveedor abandona la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

## Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que pague por sus medicamentos recetados pueden depender de las farmacias que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen 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.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. A partir del 15 de octubre de 2026, puede revisar *el Directorio de Proveedores y Farmacias* 2027 en **es-www.Humana.com/FindCare** para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación le explicamos cómo obtener un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en **es-www.Humana.com/FindCare**.
- Llame a Servicios para afiliados al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que son parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad del año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicios para afiliados al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

## Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

La Notificación anual de cambios le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Los servicios recibidos en Clínicas de Salud Rurales, Clínicas de Salud Calificadas a Nivel Federal y Hospitales de Acceso Crítico pueden estar sujetos al copago o coseguro del médico de cuidado primario o del especialista, según corresponda, para 2027.

El subsidio Humana Healthy Options y la Asistencia para el Cuidado de Condiciones Crónicas son beneficios suplementarios especiales para afiliados con afecciones crónicas específicas que requieren coordinación intensiva de cuidado y 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. Algunos planes requieren al menos dos afecciones. Consulte la Evidencia de Cobertura para 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.

| Costos | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| **Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas** | | |
| • Asistencia para el cuidado de afecciones crónicas | Sin cobertura | La Asistencia para el cuidado de afecciones crónicas está disponible para los afiliados elegibles que demuestren la necesidad de recibir asistencia adicional con un gasto médico calificado, principalmente relacionado con la salud o no principalmente relacionado 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 actualmente participan en la administración del cuidado y cumplen con los criterios del programa.<br>Los beneficios están limitados a **$1,000** por año y son coordinados por la administración de cuidado.<br>No hay coseguro, copago ni deducible para participar. |

| Costos | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| • Humana Healthy Options Allowance® Todos los afiliados del plan reciben esta cantidad para comprar productos aprobados de salud y bienestar de venta libre (OTC) en minoristas participantes o a través del proveedor de pedidos por correo de OTC aprobado por el plan. **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. | **$125** de subsidio mensual en una tarjeta de gastos prepagada. | **$360** de subsidio mensual en una tarjeta de gasto prepagada. |
| **Servicios de ambulancia** | | |
| • Por cada transporte terrestre de emergencia, cubierto por Medicare, usted paga: | Copago de **$0 o $200** por viaje<br><br>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de **$0**. | **0%** del costo total |
| • Por cada transporte aéreo de emergencia, cubierto por Medicare, usted paga: | **0% o 20%** del costo total<br><br>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de **$0**. | **0%** del costo total |
| • Por cada transporte terrestre que no sea de emergencia cubierto por Medicare, usted paga: | Copago de **$0** por viaje | Copago de **$0** |
| • Por cada transporte aéreo que no sea de emergencia cubierto por Medicare, usted paga: | **0% o 20%** del costo total<br><br>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de **$0**. | **0%** del costo total |
| **Programa de Comidas CarePlus Well Dine®** | Cubierto | Sin cobertura |
| **Monitor Continuo de Glucosa** | | |

| Costos | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| – en una farmacia preferida | No corresponde | Copago de **$0** |
| **Servicios dentales**<br>• Beneficios dentales suplementarios: | **DEN833**<br>Copago de **$0** por examen oral integral, radiografía panorámica hasta 1 vez cada 3 años.<br>Copago de **$0** por dentaduras completas o parciales hasta 1 juego(s) cada 5 años.<br>Copago de **$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante por año.<br>Copago de **$0** por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.<br>Copago de **$0** por corona, conducto radicular hasta 1 por año.<br>Copago de **$0** por examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.<br>Copago de **$0** por empaste de amalgama y/o resina compuesta hasta 4 por año.<br>Copago de **$0** por extracción simple o quirúrgica hasta 6 por año.<br>Copago de **$0** por anestesia necesaria con servicio cubierto hasta según sea necesario con códigos cubiertos por año.<br>Copago de **$0** por extracciones para dentaduras hasta ilimitado por año.<br>Las extracciones ilimitadas están cubiertas únicamente con el propósito de que el afiliado reciba dentaduras postizas; todas las demás extracciones están limitadas a 6 por año. | **DENE84**<br>El plan cubre hasta un subsidio de **$4,000** cada año para servicios dentales preventivos e integrales no cubiertos por Medicare.<br>Usted es responsable de cualquier cantidad por encima del límite de cobertura dental.<br>Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.<br>Su beneficio puede usarse para la mayoría de los tratamientos dentales, tales como: Servicios dentales preventivos, como exámenes, limpiezas de rutina, etc. Servicios dentales básicos, como empastes, extracciones, etc.<br>Servicios dentales mayores, como raspado periodontal, coronas, dentaduras postizas, conductos radiculares, puentes, etc.<br>Pueden aplicarse límites de frecuencia.<br>Nota: El subsidio no puede utilizarse en flúor, servicios cosméticos e implantes. |
| **Equipo médico duradero (EMD) y suministros relacionados**<br>• Por cada artículo de sistema de oxígeno cubierto por Medicare, usted paga: | No corresponde | Copago de **$0** |

| Costos | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| **Cuidado médico en casos de emergencia**<br>• Por cada visita a una sala de emergencias cubierta por Medicare, usted paga: | Se exime el copago de **$0 o $150** si es admitido dentro de las 24 horas.<br><br>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de **$0**. | Copago de **$0** |
| **Servicios para la audición**<br>• Beneficios auditivos suplementarios: | **HER845**<br>Copago de **$0** por ajuste/evaluación, exámenes auditivos de rutina hasta 1 por año. Monto de cobertura de beneficio máximo de **$1,000** por cada audífono recetado (todos los tipos), hasta 1 por oído por año.<br>Nota: Incluye suministro de baterías por 1 mes y garantía de 1 año. | **HER100**<br>Copago de **$0** por exámenes auditivos de rutina hasta 1 por año.<br>Copago de **$0** por ajuste, hasta 1 por año.<br>Copago de **$0** por consultas de seguimiento con el proveedor hasta 3 por año.<br>Copago de **$0** por cada audífono de nivel 1 con receta hasta 1 por oído por año.<br>Nota: Incluye 3 años de baterías por audífono no recargable (hasta 60 celdas por oído, por año) y garantía de 3 años.<br>Un ajuste y tres consultas de seguimiento con el proveedor durante el primer año después de la compra del audífono, con el proveedor original. |

| Costos | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| **Programa de Comidas - Humana Well Dine®** | Sin cobertura | Copago de **$0** por el programa de comidas Well Dine® de Humana. Después de su hospitalización de paciente internado en un hospital o centro de enfermería, es posible que sea elegible para recibir 2 comidas entregadas a domicilio por día durante 7 días (hasta 14 comidas).<br>Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta de su hospitalización de paciente internado.<br>Límite de 4 veces por año. |
| **Cuidado Personal en el Hogar (PHC)** | Copago de **$0** por un mínimo de 3 horas por día, hasta un máximo de 42 horas por año para ciertos servicios de apoyo en el hogar para ayudar a las personas a realizar actividades de la vida diaria (AVD) en el hogar por parte de un asistente calificado.<br>Las actividades de la vida diaria son aquellas relacionadas con el cuidado personal.<br>Incluyen bañarse o ducharse, vestirse o desvestirse, arreglarse, ir al baño, cuidado de la continencia, transferencias, caminar o usar ayudas para la movilidad, comer o recibir asistencia para alimentarse. | Copago de **$0** por un mínimo de 4 horas por día, hasta un máximo de 80 horas por año para ciertos servicios de apoyo en el hogar para ayudar a las personas en la realización de actividades de la vida diaria (AVD).<br>Las actividades de la vida diaria son aquellas relacionadas con el cuidado personal.<br>Incluyen bañarse o ducharse, vestirse o desvestirse, arreglarse, ir al baño, cuidado de la continencia, transferencias, caminar o usar ayudas para la movilidad, comer o recibir asistencia para alimentarse.<br>Este beneficio también permite a los Cuidadores tomar un descanso mientras el afiliado continúa recibiendo atención en un entorno seguro. |
| **Servicios de podiatría**<br>• Por cada visita de rutina | Copago de **$0** por consultas de podología rutinarias sin límite por año. | Copago de **$0** por consultas de podología rutinarias, hasta 12 consultas por año. |
| **Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)** | | |

| Costos | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| • Por una estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare, usted paga: | Copago de **$0** por estadía | Copago de **$0** por día para los días 1 - 20.<br>Copago de **$0** por día para los días 21 - 100. |
| **Transporte** | Copago de **$0** para ubicaciones aprobadas por el plan, con cantidad sin límite de viajes solo de ida por año.<br>Este beneficio ofrece millas ilimitadas por viaje de ida.<br>Cualquier viaje de un solo trayecto de más de 35 millas requiere aprobación previa. | Copago de **$0** para ubicaciones aprobadas por el plan, con cantidad sin límite de viajes solo de ida por año.<br>Este beneficio ofrece millas ilimitadas por viaje de ida. |
| **Programa Virtual de Recuperación Cardíaca (Beneficio de Flexibilidad de Uniformidad)** | Sin cobertura | 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.<br>La cobertura está disponible después de una estadía como paciente internado para afiliados con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), Hipertensión, Neumonía o Enfermedad Respiratoria. |
| **Cuidado de la visión**<br>• Servicios para la vista rutinarios: | **VIS141**<br>Copago de **$0** por refracción y dilatación (si es necesario) con examen rutinario hasta 1 vez por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$300** por año para lentes de contacto o anteojos-lentes y monturas más el ajuste; o 3 pares de anteojos seleccionados por año sin costo. Puede elegir anteojos de sol recetados como 1 par.<br>Los anteojos incluyen un filtro de protección ultravioleta, capa contra rayaduras, lentes bifocales estándar sin línea y lentes de transición. | **VIS848**<br>Copago de **$0** por examen rutinario, hasta 1 por año.<br>**$300** de monto máximo de cobertura por año para lentes de contacto o anteojos —lentes y monturas más ajuste—; o 2 pares de anteojos seleccionados por año sin costo. Los anteojos incluyen protección ultravioleta y capa contra rayaduras. |

| Costos | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| **Cobertura mundial** | | |
| • Por cada visita a la sala de emergencias, usted paga: | Se exime el copago de **$0 o $150** si es admitido dentro de las 24 horas.<br><br>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de **$0**. | Copago de **$0** |
| • Por cada transporte de emergencia en ambulancia, usted paga: | Copago de **$0 o $200** por viaje<br><br>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de **$0**. | **0%** del costo total |

## Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

**Cambios en nuestra Lista de Medicamentos**

Nuestra lista de Medicamentos Cubiertos se llama Formulario o Lista de Medicamentos. Se proporciona una copia electrónica de nuestra Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos incluye muchos, pero no todos, de los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve su medicamento en esta lista, es posible que igual esté cubierto.

**Puede obtener la Lista de medicamentos *completa*** visitando nuestro sitio web (**es-www.Humana.com/druglist**) o llamando a Servicios para afiliados al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso 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 al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con el profesional que le receta para saber sus opciones, como pedir un suministro temporal, pedir una excepción y/o encontrar un medicamento nuevo. Llame a Servicios para afiliados al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

## Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

**¿Recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura para medicamentos?**

Si está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos (Ayuda Adicional), **la información sobre los costos de los Medicamentos de la Parte D no le aplica a usted.** Le enviamos material por separado llamado *Cláusula de la evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados*, que le informa sobre sus costos de los medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibe este material antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para afiliados al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula LIS.

**Etapas de pago de los medicamentos**

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos:** la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

  Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el deducible anual.

- ***Etapa 2: Etapa de cobertura inicial***

  Una vez que usted pague el deducible anual, usted pasa a la Etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que sus gastos de desembolso personal acumulados en el año alcancen **$2,400**.

- ***Etapa 3: Cobertura Catastrófica***

  Esta es la tercera y última etapa de pago de los medicamentos. En esta etapa, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

**Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual**

En la tabla, se indica el costo por receta durante esta etapa.

| Etapa | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Deducible anual** | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica para usted. | Si recibe Ayuda Adicional, su deducible es **$0** . Consulte el inserto de la *Cláusula LIS* para conocer sus montos de costos compartidos.<br><br>Si **no** recibe Ayuda Adicional, el deducible es **$700** .<br><br>El deducible es **$700** excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.<br><br>Durante esta etapa, usted paga **$0** costos compartidos por medicamentos en el Nivel 1, **$0** costos compartidos por medicamentos en el Nivel 2, **17%** costos compartidos por medicamentos en el Nivel 3 y el costo total de los medicamentos en el Nivel 4 y el Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. |

**Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial**

Cambiamos el nivel para algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.

No todos los niveles pueden incluir insulina. Consulte su Lista de Medicamentos Recetados para confirmar la cobertura de insulina.

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándares y preferidos.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a largo plazo; o para medicamentos recetados de pedido por correo, vaya al Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado **$2,400** de su bolsillo por medicamentos de la Parte D cubiertos, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura catastrófica).

| | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Nivel 1: Genérico preferido** | *Costos compartidos estándares:*<br><br>Usted paga **$0** por suministro mensual en una farmacia minorista.<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es **$10** .<br><br>*Costos compartidos preferidos:*<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es **$0** . | ***Costos compartidos estándares:***<br><br>Usted paga **$0** por suministro mensual en una farmacia minorista.<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es **$10** .<br><br>***Costos compartidos preferidos:***<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es **$0** . |
| **Nivel 2: Genérico** | *Costos compartidos estándares:*<br><br>Usted paga **$0** por suministro mensual en una farmacia minorista.<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es **$20** .<br><br>Usted paga el **25%** hasta **$20** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por una receta de pedido por correo en este nivel.<br><br>*Costos compartidos preferidos:*<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es **$0** . | ***Costos compartidos estándares:***<br><br>Usted paga **$0** por suministro mensual en una farmacia minorista.<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es **$20** .<br><br>Usted paga **16%** hasta **$20** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por una receta de pedido por correo en este nivel.<br><br>***Costos compartidos preferidos:***<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es **$0** . |

| | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Nivel 3: Marca preferida** | *Costos compartidos estándares:*<br><br>Usted paga el **25%** por suministro mensual en una farmacia minorista.<br><br>Usted paga el **25%** hasta **$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en una farmacia minorista en este nivel.<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es del **25%**.<br><br>Usted paga el **25%** hasta **$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por una receta de pedido por correo en este nivel.<br><br>*Costos compartidos preferidos:*<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es del **25%**.<br><br>Usted paga el **25%** hasta **$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por una receta de pedido por correo en este nivel. | ***Costos compartidos estándares:***<br><br>Usted paga el **17%** por suministro mensual en una farmacia minorista.<br><br>Usted paga el **17%**, hasta **$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en una farmacia minorista en este nivel.<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es el **17%**.<br><br>Usted paga el **17%**, hasta **$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto para una receta de pedido por correo en este nivel.<br><br>***Costos compartidos preferidos:***<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es el **17%**.<br><br>Usted paga el **17%**, hasta **$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto para una receta de pedido por correo en este nivel. |
| **Nivel 4: Medicamento no preferido** | *Costos compartidos estándares:*<br><br>Usted paga el **25%** del costo total por suministro mensual en una farmacia minorista.<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es del **25%**.<br><br>*Costos compartidos preferidos:*<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es del **25%**. | ***Costos compartidos estándares:***<br><br>Usted paga el **40%** del costo total por suministro mensual en una farmacia minorista.<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es **40%** .<br><br>***Costos compartidos preferidos:***<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es **40%** . |

| | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Nivel 5: Nivel de especialidad** | *Costos compartidos estándares:*<br><br>Usted paga el **33%** del costo total por suministro mensual en una farmacia minorista.<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es del **33%**.<br><br>*Costos compartidos preferidos:*<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es del **33%**. | ***Costos compartidos estándares:***<br><br>Usted paga el **25%** del costo total por suministro mensual en una farmacia minorista.<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es del **25%**.<br><br>***Costos compartidos preferidos:***<br><br>Su costo por una receta de pedido por correo de un mes es del **25%**. |

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

| Descripción | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| El plan de salud a través del cual recibe su cobertura de Medicare está cambiando. | Su plan de salud de Medicare HMO-DSNP es ofrecido por **CarePlus Health Plans, Inc.** | A partir del 1 de enero de 2027, su plan de salud de Medicare HMO-DSNP será ofrecido por **Humana**. Por favor, lea este aviso para obtener más información sobre los cambios en su cobertura de Medicare en 2027. |
| La red de proveedores de la cual puede seleccionar a sus proveedores está cambiando. | Sus médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores están en la red de proveedores de CarePlus | Sus médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores estarán en la red de proveedores de Humana. Visite **es-www.Humana.com/FindCare** para verificar si sus proveedores están en la red de proveedores de Humana. |
| El coordinador de cuidado de salud, si tiene uno, que le brinda apoyo está cambiando. | El apoyo de administración de atención es proporcionado por los administradores de atención de CarePlus. | El apoyo de coordinación de cuidado de salud será proporcionado por los Coordinadores de cuidado de salud de Humana. Su coordinador de cuidado de salud se comunicará con usted por teléfono antes del 31 de marzo de 2027, para completar una evaluación de riesgo de salud (HRA). |

| Descripción | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| El lugar donde accede a la información del plan en línea está cambiando | Puede acceder a información personalizada del plan en su cuenta segura de MyCarePlus y a otros tipos de información del plan en **CarePlusHealthPlans.com**. | Puede acceder a información personalizada del plan a través de MyHumana. Puede usar sus mismas credenciales de MyCarePlus (nombre de usuario y contraseña) para iniciar sesión en MyHumana. Puede acceder a otros tipos de información del plan en **es-www.Humana.com**. |
| El subsidio de Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés) está cambiando su nombre. | Su plan de salud **CarePlus** incluía el CarePlus **CareEssentials Allowance**. Este subsidio se carga en una tarjeta de cuenta de gastos de CarePlus, que puede usar para comprar artículos aprobados. Su tarjeta de cuenta de gastos de CarePlus y cualquier dinero restante vencerán a la medianoche del 31 de diciembre de 2026. | El **CarePlus CareEssentials Allowance** cambia al **Humana Healthy Options** Allowance bajo su nuevo plan de Humana y usted recibirá una Tarjeta de Cuenta de Gastos de Humana. Usará esta nueva tarjeta para comprar artículos aprobados. Recibirá esta nueva tarjeta por correo antes de que el nuevo plan entre en vigencia. Por favor, actívela cuando la reciba. |

## SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

**Para permanecer en Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), no necesita hacer nada.** A menos que se inscriba en un plan de salud de Medicare diferente o en un plan de medicamentos, o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

Si desea cambiar de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que en muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y al mismo tiempo adquirir un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare por separado,** puede inscribirse en un plan de la Parte D y automáticamente se le dará de baja de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).
- **Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja o visitar nuestro sitio web para darse de baja en línea en es-www.humana.com/member/member-rights/disenrollment-and-cancellation. Llame a Servicios para afiliados al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite la desafiliación. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y Usted 2027*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con

el Seguro de Salud (vaya a la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Si también desea cambiar la compañía de seguro médico de su plan, llame a Servicios para afiliados al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo.

## Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios en su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027 y no le agrada su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

## Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En determinadas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que cumplen con lo siguiente:

- Tienen Medicaid.
- Obtienen Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos.
- Tienen cobertura de un empleador o la abandonarán.
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan.

Debido a que tiene Florida Medicaid, puede cancelar su afiliación en nuestro plan si elige una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

# SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para obtener Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar

hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas elegibles no tendrán una multa por inscripción tardía. Para ver si usted es elegible, llame al:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- Su Oficina Estatal de Medicaid.

- **Asistencia con el Costo Compartido de Medicamentos Recetados para Personas con VIH/SIDA.** 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. Para ser elegible para el programa ADAP de su estado, usted debe cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia estatal y condición de VIH, bajos ingresos, según lo definido por el estado, y el estatus de no tener seguro o tener seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP son elegibles para recibir ayuda con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del programa ADAP. Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o si ya está inscrito cómo continuar recibiendo ayuda, llame al programa ADAP (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en el "Anexo A" en la parte final de este documento). Cuando llame, asegúrese de informar el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.

- **El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de desembolso personal, para medicamentos cubiertos por nuestro plan, al distribuirlos durante el año calendario (de enero a diciembre). 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 Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; no necesita enviar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de los medicamentos.**

  La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su ADAP, para las personas que son elegibles, tiene más ventajas que la participación en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para afiliados al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

## SECCIÓN 5 Preguntas

**Obtenga ayuda de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)**

- **Llame a Servicios para afiliados** al **800-457-4708. (Usuarios de TTY, llamen al 711.) Antes del 1 de enero de 2027, comuníquese con CareNeeds Plus (HMO D-SNP) al 800-794-5907.**

Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje

de voz fuera del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Las llamadas a estos números son gratis.

- ***Lea su Evidencia de cobertura de 2027***

Esta *Notificación anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2027 de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Le explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en **CarePlusHealthPlans.com/MovetoHumana** o llame a Servicios para afiliados al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo. **Antes del 1 de enero de 2027, comuníquese con CareNeeds Plus (HMO D-SNP) al 800-794-5907.**

- **Visite CarePlusHealthPlans.com/MovetoHumana**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

**Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare**

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en cada estado.

Llame al SHIP de su estado para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros de salud. Le pueden ayudar a comprender las opciones de planes de Medicare y Medicaid, y responder preguntas acerca del cambio de planes. La información de contacto del SHIP de su estado se menciona en el “Anexo A” en la parte final de este documento.

**Obtenga ayuda de Medicare**

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

  Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con Medicare.gov**

  Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

  Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite Medicare.gov**

  El sitio web oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- ***Lea Medicare & Usted 2027***

  El manual Medicare y Usted 2027 se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes que se hacen sobre Medicare. Obtenga un ejemplar en Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**Obtenga ayuda de parte de Medicaid**

Llame a Florida Medicaid a los números que se indican en el "Anexo A" al final de este documento para obtener ayuda con preguntas sobre la inscripción en Medicaid o sobre sus beneficios.

# Anexo A- Información de Contacto de la Agencia Estatal

Esta sección proporciona la información de contacto de las agencias estatales mencionadas en esta Notificación anual de cambios. Si tiene problemas para localizar la información que busca, contacte a Servicios para afiliados al número de teléfono en la contraportada de este manual.

| FLORIDA | |
|---|---|
| **Nombre e Información de Contacto de SHIP** | Atención a las Necesidades de Seguro Médico de las Personas de la Tercera Edad (SHINE, por sus siglas en inglés)<br>Departamento de Asuntos para Personas Mayores<br>4040 Esplanade Way, Suite 270<br>Tallahassee, FL 32399-7000<br>800-963-5337 (línea gratuita)<br>800-955-8770 (TTY)<br>850-414-2150 (fax)<br>800-963-5337<br>https://www.floridaSHINE.org |
| **Organización para el mejoramiento de calidad** | Acentra Health<br>1650 Summit Lake Dr.,<br>Suite 102<br>Tallahassee, FL 32317<br>888-317-0751<br>TTY 711<br>844-878-7921 (FAX)<br>https://acentraqio.com/aboutus/contact/ |
| **Oficina Estatal de Medicaid** | Florida Medicaid<br>2727 Mahan Drive<br>Tallahassee, FL 32308-5407<br>888-419-3456 (llamada gratuita)<br>850-412-3600 (local)<br>850-922-2993 (fax)<br>800-955-8771 (TTY)<br>https://ahca.myflorida.com |
| **Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA** | El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA de Florida (ADAP, por sus siglas en inglés)<br>Sección de VIH/SIDA<br>4052 Bald Cypress Way<br>Tallahassee, FL 32399<br>844-381-2327<br>800-545-7432 (Español)<br>800-243-7101 (Criollo)<br>888-503-7118 (TTY)<br>https://www.floridahealth.gov/individual-family-health/injury-prevention-wellness/hiv-aids/hiv-aids-management/ |

# Aviso de Prácticas de Privacidad del Seguro ACE

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.**

**La privacidad de su información personal y de salud es importante. No necesita hacer nada a menos que tenga una solicitud o queja.**

Este Aviso sobre prácticas de privacidad se aplica a todas las entidades que forman parte de Insurance ACE, una entidad cubierta afiliada según la HIPAA. El ACE es un grupo de entidades cubiertas legalmente separadas que están afiliadas y se han designado a sí mismas como una única entidad cubierta a los fines de la HIPAA. Una lista completa de los miembros del ACE está disponible en **https://huma.na/insuranceace**.

Es posible que cambiemos nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permitan las leyes, incluyendo la información que creamos o que recibamos antes de hacer los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestro plan de salud el correspondiente aviso.

**¿Qué es la información personal o de salud no pública?**
La información personal y de salud no pública incluye tanto información médica como información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, números de cuenta, información de pago o información demográfica. El término “información” en este aviso incluye toda información personal y sobre salud no pública. Esto incluye información creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud o un plan de salud. La información se relaciona con su salud física o mental o su afección, la prestación de servicios de cuidado de la salud que usted recibe o el pago de esos servicios de cuidado de la salud.

**¿Cómo recopilamos información sobre usted?**
Recopilamos información sobre usted y su familia cuando usted completa solicitudes y formularios. También recopilamos información de sus transacciones con nosotros, nuestras afiliadas u otros. Por ejemplo, es posible que recibamos información sobre usted de participantes del sistema de cuidado de la salud, como su médico u hospital, así como de empleadores o administradores de planes, agencias de informes de crédito y la Oficina de Información Médica.

**¿Qué información recibimos sobre usted?**
La información que recibimos puede incluir datos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, historial de pagos de primas y su actividad en nuestro sitio web. Esto también incluye información relacionada con su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y evaluaciones de riesgos de salud.

**¿Cómo protegemos su información?**
Tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información en todos los formatos, incluida la información electrónica, y oral. Aplicamos salvaguardas administrativas, técnicas y físicas para proteger su información de varias maneras, entre las que se incluyen las siguientes:

- Limitamos quiénes pueden ver su información.
- Limitamos la forma en que podemos usar o divulgar su información.
- Le informamos a usted acerca de nuestros deberes legales acerca de su información.
- Capacitamos a nuestros empleados acerca de nuestro programa y procedimientos de privacidad.

**¿Cómo usamos y divulgamos su información?**

Usamos y divulgamos su información:

- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal de actuar en su nombre.
- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de reclamaciones de servicios cubiertos que le proporcionen proveedores de cuidado de la salud y el pago de primas del plan de salud.
- Para actividades operativas de cuidado de la salud, lo que incluye procesar su inscripción, responder a sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad y determinar primas.
- Para realizar actividades de suscripción. No obstante, no usaremos ningún resultado de exámenes genéticos ni haremos preguntas con respecto a su historia familiar.
- Al patrocinador de su plan para permitirle realizar funciones de administración del plan como elegibilidad, y actividades de inscripción y desafiliación. Podemos compartir información de salud resumida sobre usted con el patrocinador de su plan en ciertos casos. Por ejemplo, para permitirle al patrocinador de su plan obtener ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos su autorización o el patrocinador de su plan debe certificar que acuerda mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted y brindarle información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si ha optado por no participar, no nos pondremos en contacto con usted.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos, o a cualquier otra persona que usted indique. Esto se aplica siempre que la información se relacione directamente con la participación de estas personas en su cuidado de la salud o el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un miembro de la familia o un cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, es posible que confirmemos si la reclamación fue recibida y pagada.
- Para proporcionar información de pago al suscriptor como fundamento ante el Servicio de Impuestos Internos.
- A agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o la seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando haya situaciones como abuso, negligencia o violencia doméstica.
- En respuesta a una orden de un tribunal o administrativa, citación, solicitud de exhibición de pruebas u otros procesos legales.
- Para los fines de la aplicación de la ley, a las autoridades militares y según lo exija la ley de algún otro modo.
- Para ayudar en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de la salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones conforme a cualquier ley o contrato del programa de compensación laboral.
- Para contrarrestar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad o para la salud y seguridad de otros.
- Con fines de investigación en circunstancias limitadas y siempre que se hayan tomado las medidas apropiadas para proteger su privacidad.
- Para la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico patólogo forense, examinador médico o director de funeraria.

**Restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación para tipos específicos de información:**

- Algunas leyes federales y estatales pueden restringir el uso y la divulgación de cierta información de salud confidencial, como: registros de Trastornos por Uso de Sustancias ("SUD" por sus siglas en inglés) sujetos al 42 CFR Parte 2 ("Parte 2"); Información Biométrica; Abuso o Negligencia de Menores o Adultos, incluida la Agresión Sexual; Enfermedades Transmisibles; Información Genética; VIH/SIDA; Salud Mental; Salud Reproductiva; y Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Si recibimos registros de SUD Parte 2, no usaremos ni divulgaremos dichos registros, ni proporcionaremos testimonio que transmita el contenido de dichos registros, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o

legislativo en su contra, a menos que dicha divulgación se base en su consentimiento por escrito (separado de su consentimiento para cualquier otro uso o divulgación), o en una orden judicial después de que se le notifique y se le brinde la oportunidad de ser escuchado, según lo dispuesto por la Parte 2. Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación de los registros de SUD Parte 2 debe ir acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación antes de que el registro solicitado sea utilizado o divulgado.

**¿Usaremos su información para propósitos no descritos en este aviso?**
No usaremos ni divulgaremos su información con ningún otro fin que no esté descrito en este aviso sin su permiso por escrito. Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito. Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia y notas de asesoramiento sobre SUD
- Fines de comercialización
- La venta de información personal y de salud.
- La información médica que se divulga conforme a este Aviso a una entidad que no sea una entidad cubierta por la HIPAA ni un socio comercial puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario, y puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales (como la HIPAA).

**¿Qué hacemos con su información cuando ya no es un afiliado?**
Su información puede seguir siendo usada con los fines descritos en este aviso. Esto incluye cuando usted no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal obligatorio, la información se destruye siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

**¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?**
Nuestro compromiso es responder a su solicitud de derechos de manera oportuna.

- Acceso: Tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que se pueda utilizar para tomar decisiones sobre usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Tal como lo exigen las leyes aplicables, pondremos esta información personal a su disposición o a disposición de su representante designado.
- Decisión Adversa de Evaluación de Riesgo: Si rechazamos su solicitud de seguro, tiene derecho a que se le brinde una razón para la denegación.
- Comunicaciones alternativas: para evitar una situación que ponga en riesgo la vida, usted tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Haremos los arreglos necesarios siempre y cuando su solicitud sea razonable.
- Modificación: Tiene derecho a solicitar una corrección de cualquiera de estos datos personales mediante su modificación o supresión. En un plazo de 60 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra modificación o supresión de la información en conflicto, o nuestra negación a realizar dicha corrección luego de una investigación adicional.
- Si nos negamos a modificar o suprimir la información en conflicto, usted tiene derecho a presentarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación y de lo que usted considera que es la información correcta. Pondremos dicha declaración a disposición de todas las partes que revisen la información en disputa.*
- Divulgación: Tiene derecho a recibir una lista de las instancias en que nosotros o nuestros asociados comerciales hemos divulgado su información. Esto no se aplica a tratamientos, pagos, operaciones del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos.
- Aviso: Tiene derecho a solicitar y obtener una copia por escrito de este aviso en cualquier momento.
- Restricción: Tiene derecho a pedir que se limite la forma en que se utiliza o divulga su información. No se nos exige aceptar este límite, pero si lo hacemos, acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a

aceptar o terminar una limitación previamente presentada. *Esta disposición se aplica solamente a los residentes de Massachusetts de conformidad con las reglamentaciones estatales.

**Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debo hacer?**
Si cree que violaron su privacidad de alguna manera, puede presentar un reclamo llamándonos al **866-861-2762** en cualquier momento. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de salud y servicios humanos de EE. UU., Oficina de derechos civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Le proporcionaremos la dirección regional de la OCR que corresponda si usted así lo solicita. También puede enviar su reclamo por correo electrónico a **OCRComplaint@hhs.gov**. Si elige presentar un reclamo, sus beneficios no se verán afectados y no le castigaremos ni tomaremos represalias contra usted de ninguna manera.

Respaldamos su derecho de proteger la privacidad de su información personal y de salud.

**Nuestras Responsabilidades**
- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información excepto según se describe aquí, a menos que usted nos informe por escrito que podemos hacerlo. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

**¿Cómo ejerzo mis derechos u obtengo una copia de este aviso?**
Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer mediante la obtención de los formularios pertinentes. Para obtener cualquiera de estos formularios:

- Comuníquese con nosotros al 866-861-2762.
- Acceder a nuestro sitio web en **es-www.Humana.com** y entrar al enlace de “Privacy Practices” (Prácticas de privacidad)

- Envíe el formulario de solicitud completado a: Humana Inc.
  Privacy Office 003/10911
  101 E. Main Street
  Louisville, KY 40202

# 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 y ayudas y servicios auxiliares apropiados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes acreditados en lengua de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
  - Intérpretes acreditados
  - 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: 8 a.m. - 8 p.m., hora del Este. Si usted 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, estado militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, etnicidad, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona, por correo postal o por correo electrónico ante el Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja, 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).**

**Afiliados de California:**
También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud de California, por teléfono al **916-440-7370 (TTY: 711)**, por correo electrónico a **Civilrights@dhcs.ca.gov**, o por correo postal a: Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. Formularios de queja disponibles en: **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**.
GHHNDN2026HUM

# 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]: Wuɖu-xwíníín-mú-zà-zà kṹà, hwòɖǒ-fɔ́nɔ́-nyɔ̀,, kè nyɔ-ɓɔ̌-po-kà ɓě ɓɛ́ wa nyuɛsé wíɖí pɛ́ɛ̀-pɛ́ɛ̀ɖò kɔ.̌ Ɖá **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。

ภาษาไทย [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ **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 hólǫ́. **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 lárọ̀wọ́tó lọ́fẹ̀ẹ́. Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

# Notas

# ¿Listo para revisar? **Estamos aquí para ayudarle.**

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

- *Evidencia de cobertura* 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.
- *Guía de medicamentos* para obtener una lista de los medicamentos cubiertos en su plan.

Revise sus documentos del plan de Medicare y Medicaid 2027 en **CarePlusHealthPlans.com/MoveToHumana**. Para ver todos los beneficios de su plan de Medicare y Medicaid de Humana, vaya a la *Evidencia de cobertura*. Sus beneficios se encuentran en el Cuadro Médico (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 **800-457-4708 (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 "Evidencia de cobertura" o "*Directorio de Proveedores y Farmacias*". 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

**Humana Inc.**
P.O. Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

H1019073000H1036340000ANOCSP27

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

## Vea el interior

Aquí tiene un resumen de su **Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)** que entra en vigor el 1 de enero de 2027.

Humana. CarePlus HEALTH PLANS

**es-www.Humana.com**
**800-457-4708 (TTY: 711)**