

2026

# Notificación anual de cambios

---

## **Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP)**

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

Jacksonville  
Área metropolitana de Jacksonville

**Humana**<sup>®</sup>



## Es momento de revisar sus actualizaciones de Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP) para 2026

Gracias por confiarle a Humana sus necesidades de cobertura para 2025. Adentro encontrará la Notificación anual de cambio. Con este paquete es más fácil comparar los beneficios de su plan para 2025 y 2026 de forma paralela. Le muestra los cambios importantes, pero tenga en cuenta que no incluye una lista completa de todos los beneficios del plan.

Humana tiene el compromiso de ofrecer planes que le brindan los beneficios y servicios en los que más confía. Nuestros planes de este año no son la excepción. Muchos de nuestros afiliados verán que los beneficios de su plan se han mantenido igual al año pasado. Algunos de nuestros afiliados también verán que los beneficios mejoraron. Además, hemos realizado otros cambios que facilitan el uso del plan y el acceso al cuidado que necesita.



Por ejemplo, su plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés) incluye cobertura dental, de la vista, auditiva y para medicamentos recetados. También ofrece cuidado preventivo a \$0, que incluye mamografías, colonoscopías y pruebas de detección de densidad ósea.

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



Revise atentamente las modificaciones del plan. Si desea mantener su plan actual Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP), no tiene que hacer nada. Se renovará automáticamente el 1 de enero de 2026 y podrá conservar su tarjeta de identificación de afiliado actual de Humana.



Si tiene preguntas, puede encontrar más información ingresando en **es-[www.Humana.com/PlanInformation](http://www.Humana.com/PlanInformation)**.



A partir del 15 de octubre, puede visitar **es-[www.Humana.com/PlanInformation](http://www.Humana.com/PlanInformation)** o escanear el código QR para consultar en línea una lista completa de los beneficios de su plan en su Evidencia de cobertura de 2026.

Gracias por ser afiliado de Humana. Esperamos poder ayudarlo a mejorar su salud en 2026.

## Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP) ofrecido por Humana Medical Plan, Inc.

### Notificación anual de cambio para 2026

Usted está inscrito como afiliado de Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP).

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

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, seguirá en Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [es.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista al reverso de su manual *Medicare y usted de 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de cambios. Tiene más información sobre los costos, beneficios y reglas en la Evidencia de cobertura. Obtenga una copia en **es-[www.humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)** o llame a Atención al cliente al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le enviemos una copia por correo. También puede revisar la Evidencia de cobertura para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan.

#### Más recursos

- Este material está disponible sin costo en criollo haitiano y inglés.
- Llame a Atención al cliente 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. 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 Atención al cliente al número que aparece anteriormente.
- **La cobertura conforme a este plan se considera cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de la responsabilidad individual compartida según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en [www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families](https://www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families) para obtener más información.

#### Acerca de Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP)

- Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad HMO SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Florida. La inscripción en 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 la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida.

Cuando este material dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Humana Medical Plan, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP).

- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre 2025, quedará inscrito automáticamente en Humana Gold**

**Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (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\_210000\_2026\_SP\_M

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

## Índice

<b>Resumen de costos importantes para 2026</b>	<b>6</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios a los beneficios y costos para el año próximo.....</b>	<b>11</b>
Sección 1.1 Cambios a 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 .....	16
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados .....	17
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan .....</b>	<b>20</b>
Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes .....	21
Sección 3.2 ¿Hay otros períodos del año para realizar un cambio? .....	21
<b>SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?.....</b>	<b>22</b>
Reciba ayuda de Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP) .....	22
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	23
Reciba ayuda de Medicare.....	23
Reciba ayuda de Medicaid.....	23
<b>Anexo A. Información de contacto de las agencias estatales.....</b>	<b>24</b>
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 2026

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Cantidad máxima de desembolso personal</b> Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Para ver información detallada, consulte la Sección 1.2).	<b>\$3,400</b> Si es elegible para ayuda con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	<b>\$3,400</b> Si es elegible para ayuda con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
<b>Visitas al consultorio del proveedor de cuidado primario</b>	Copago de <b>\$0</b> por consulta	Copago de <b>\$0</b> por consulta
<b>Consultas médicas con un especialista</b>	Copago de <b>\$0</b> por consulta	Copago de <b>\$0</b> por consulta
<b>Estadías en el hospital como paciente internado</b> Incluye internación hospitalaria para enfermedades agudas, internación para servicios de rehabilitación, hospitales de cuidado médico a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios de internación. El cuidado hospitalario a pacientes internados comienza el día en que usted está formalmente admitido en el hospital por orden de un médico. El día antes de que le den de alta es su último día de paciente internado.	Copago de <b>\$0</b> por estadía	Copago de <b>\$0</b> por estadía
<b>Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles).	<b>\$540</b> excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D	<b>\$0</b>

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
<p><b>Cobertura para medicamentos de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles, incluidas las Etapas de cobertura inicial y cobertura catastrófica).</p> <p>Es posible que no todos los niveles incluyan la insulina. Consulte la Guía de medicamentos recetados para confirmar la cobertura de la insulina.</p>	<p>El <b>beneficio de copago de medicamentos recetados de \$0</b> aplica si usted recibe Ayuda Adicional.</p> <p>Usted pagará lo siguiente por todos los Medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan durante todo el año calendario:</p> <p>Deducible: <b>\$0</b></p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: <b>\$0</b></li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: <b>\$0</b></li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: <b>\$0</b></li> <li>• Nivel 4 de medicamentos: <b>\$0</b></li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: <b>\$0</b></li> </ul> <p>Los costos compartidos aplican a suministros de 30 y 100 días. El nivel 5 de medicamentos se limita a un suministro de 30 días.</p> <p>El <b>beneficio de copago de medicamentos recetados de \$0 no</b> aplica si usted <b>no</b> recibe Ayuda Adicional. Usted pagará lo siguiente:</p> <p>Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>	<p>El <b>beneficio de copago de medicamentos recetados de \$0 no</b> está disponible.</p> <p>Si usted recibe Ayuda Adicional, la cantidad que pague dependerá del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Consulte el folleto de la Cláusula de subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés) para conocer las cantidades del costo compartido.</p> <p>Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red

Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista**:

- Nivel 1 de medicamentos: **\$0**
- Nivel 2 de medicamentos: **\$0**

Usted paga **\$0** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- Nivel 3 de medicamentos: **\$47**

Usted paga **\$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- Nivel 4 de medicamentos: **25%**
- Nivel 5 de medicamentos: **25%**

Usted paga **\$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista**:

- Nivel 1 de medicamentos: **\$0**

Usted paga **0%** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- Nivel 2 de medicamentos: **\$0**

Usted paga **0%** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- Nivel 3 de medicamentos: **25%**

Usted paga **25%** hasta **\$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- Nivel 4 de medicamentos: **25%**

Usted paga **25%** hasta **\$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- Nivel 5 de medicamentos: **33%**

Usted paga **25%** hasta **\$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
	<p>Por un suministro de 100 días de una <b>farmacia de pedido por correo</b> con costos compartidos preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: <b>\$0</b></li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: <b>\$0</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>\$0</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 3 de medicamentos: <b>\$94</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>\$70</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 4 de medicamentos: <b>25%</b></li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: No disponible</li> </ul>	<p>Por un suministro de 100 días de una <b>farmacia de pedido por correo</b> con costos compartidos preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: <b>\$0</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>0%</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 2 de medicamentos: <b>\$0</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>0%</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 3 de medicamentos: <b>25%</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>25%</b> hasta <b>\$105</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 4 de medicamentos: <b>25%</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>25%</b> hasta <b>\$105</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 5 de medicamentos: No disponible</li> </ul>

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
	<p>Por un suministro de 100 días de una <b>farmacia de pedido por correo</b> con costos compartidos estándares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: <b>\$30</b></li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: <b>\$60</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>\$60</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 3 de medicamentos: <b>\$141</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>\$105</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 4 de medicamentos: <b>25%</b></li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: No disponible</li> </ul>	<p>Por un suministro de 100 días de una <b>farmacia de pedido por correo</b> con costos compartidos estándares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: <b>\$30</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>25%</b> hasta <b>\$30</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 2 de medicamentos: <b>\$60</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>25%</b> hasta <b>\$60</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 3 de medicamentos: <b>25%</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>25%</b> hasta <b>\$105</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 4 de medicamentos: <b>25%</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>25%</b> hasta <b>\$105</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 5 de medicamentos: No disponible</li> </ul>
	<p>Cobertura catastrófica:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.</p>	<p>Cobertura catastrófica:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

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

### Sección 1.1 Cambios a la prima mensual del plan

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
<b>Prima mensual del plan</b> (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Florida Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0

### Sección 1.2 Cambios en 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 la "cantidad máxima de desembolso personal". 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.

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
<b>Cantidad máxima de desembolso personal</b>  <b>Debido a que nuestros afiliados también reciben ayuda de Florida Medicaid, pocos afiliados alcanzan esta cantidad máxima de desembolso personal.</b>  Si es elegible para la ayuda de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.  Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) <b>se tienen en cuenta</b> para la cantidad máxima de desembolso personal. Sus costos de los medicamentos recetados <b>no se tienen en cuenta</b> para la cantidad máxima de desembolso personal.	\$3,400	<b>\$3,400</b>  Una vez que haya pagado <b>\$3,400</b> de desembolso personal por los servicios cubiertos de las Partes A y B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B para el resto del año calendario.

---

## Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

---

Hay cambios a nuestra red de proveedores para el próximo año. Consulte el *Directorio de proveedores* para 2026 en [es-www.humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments) para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener el *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [es-www.humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)
- Llame a Atención al cliente al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

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 de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Atención al cliente al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. 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.

Hay cambios a nuestra red de farmacias para el próximo año. Consulte el *Directorio de proveedores* de 2026 en [es-www.humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments) para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener el *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [es-www.humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)
- Llame a Atención al cliente al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que son parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Atención al cliente 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 federalmente y Hospitales de acceso crítico pueden estar sujetos al copago o coseguro del médico de cuidado primario o especialista, según corresponda, para 2026.

Este subsidio para gasto y Asistencia para el cuidado de una condición crónica son un(os) programa(s) especial(es) para afiliados con afecciones de salud específicas. Las afecciones elegibles incluyen diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, trastornos de salud mental crónicos y discapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, o insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Algunos planes requieren al menos dos afecciones y aplican otros requerimientos. Consulte la Evidencia de Cobertura para más detalles. Si utiliza este programa para el alquiler 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.

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Humana Healthy Options Allowance™</li> </ul>	<p>Vea debajo el Modelo de diseño basado en el valor (VBID, por sus siglas en inglés), para los beneficios Humana Healthy Options™ para 2025.</p>	<p><b>\$100</b> por mes en una tarjeta de gastos prepagada. Todos los afiliados al plan reciben esta cantidad para comprar productos de salud y bienestar de venta sin receta (OTC) aprobados en los comercios minoristas participantes o a través del proveedor de pedido por correo de OTC aprobado por el plan. Además, los afiliados pueden utilizar este dinero para pagar cosas elegibles como alimentos, servicios públicos, alquiler, etc., si tienen determinadas afecciones crónicas elegibles y cumplen otros criterios del programa. Las cantidades no utilizadas se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año del plan o al desafilarse, lo que ocurra primero.</p>
<p><b>Modelo de Diseño de Seguros Basado en el Valor (VBID)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Humana Healthy Options Allowance™</li> </ul>	<p>Subsidio mensual de <b>\$100</b> en una tarjeta prepagada para usar en elementos esenciales que necesite para apoyar su salud. Este subsidio se puede utilizar para comprar productos aprobados en tiendas minoristas participantes (como comestibles, artículos de venta sin receta para la salud y el bienestar, artículos de cuidado personal, suministros para el hogar, etc.) o para pagar servicios aprobados (gastos mensuales de subsistencia, como alquiler; costos de</p>	<p>Vea arriba los Beneficios especiales suplementarios para las personas con enfermedades crónicas, para los beneficios Humana Healthy Options™ para 2026.</p>

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
	transporte no médico, como un taxi, Uber, Lyft, etc.). La cantidad del subsidio no se puede combinar con otros subsidios que pudieran estar en la tarjeta. Los fondos no utilizados se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año del plan.	
<b>Servicios de ambulancia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por cada transporte terrestre de emergencia cubierto por Medicare, usted paga:</li> </ul>	Copago de <b>\$0 o \$100</b> por fecha de servicio  Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga una cantidad de copago de <b>\$0</b> .	Copago de <b>\$0</b> por fecha de servicio
<b>Cuidado médico en casos de emergencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por cada consulta en una sala de emergencias cubierta por Medicare, usted paga:</li> </ul>	Copago de <b>\$0 o \$120</b> está exento si es admitido dentro de 24 horas.  Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga una cantidad de copago de <b>\$0</b> .	Copago de <b>\$0 o \$130</b> está exento si es admitido dentro de 24 horas.  Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga una cantidad de copago de <b>\$0</b> .
<b>Cuidado personal en el hogar después del alta</b>	Copago de <b>\$0</b> por un mínimo de 4 horas por día, hasta un máximo de 44 horas por año, para ciertos servicios de apoyo en el hogar después de ser dado de alta de un centro de enfermería especializada o de una hospitalización. Los asistentes acreditados pueden ofrecer asistencia para realizar actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) que son aquellas relacionadas con el cuidado personal. Estas incluyen bañarse o ducharse, vestirse, acostarse y levantarse de la cama o sentarse	Copago de <b>\$0</b> por un mínimo de 4 horas por día, hasta un máximo de 44 horas al año para ciertos servicios de apoyo en el hogar después del alta de un centro de enfermería especializada o de una hospitalización como paciente internado. Los asistentes acreditados pueden ofrecer ayuda para realizar actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés). Las actividades de la vida diaria son aquellas relacionadas con el cuidado personal. Estas incluyen bañarse o ducharse, vestirse, acostarse y

<b>Costo</b>	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el año próximo)</b>
	<b>Dentro de la red</b>	<b>Dentro de la red</b>
	<p>y pararse de una silla, caminar, ir al baño y comer.</p> <p>Cuando un afiliado recibe asistencia con una o más ADL, puede recibir también asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL, por sus siglas en inglés) dentro del hogar por parte de un asistente acreditado.</p> <p>Las IADL son actividades relacionadas con la vida independiente.</p> <p>Estas incluyen preparar comidas, recoger pedidos prepagos en la acera/autoservicio, realizar tareas domésticas livianas, lavar la ropa, lavar los platos o usar un teléfono.</p> <p>Un afiliado debe recibir asistencia de un mínimo de una ADL para recibir asistencia con cualquier IADL.</p> <p>Los servicios deben iniciarse dentro de los 30 días posteriores al alta y utilizarse dentro de los 60 días posteriores al alta para cada evento elegible hasta el subsidio anual máximo.</p> <p>Este beneficio también les permite a los cuidadores tomar recreos mientras el afiliado continúa recibiendo el cuidado en un entorno seguro.</p>	<p>levantarse de la cama o sentarse y pararse de una silla, caminar, ir al baño y comer.</p> <p>Los servicios deben iniciarse dentro de los 30 días del evento de alta y utilizarse dentro de los 60 días del alta para cada evento elegible hasta el subsidio anual máximo.</p> <p>Este beneficio también permite a los cuidadores tomarse un descanso mientras el afiliado sigue recibiendo cuidados en un entorno seguro.</p>
<b>Transporte</b>	<p>Copago de <b>\$0</b> para localidades aprobadas por el plan, hasta 50 viajes sencillos por año.</p> <p>Este beneficio ofrece millas ilimitadas por viaje.</p>	<p>Copago de <b>\$0</b> para localidades aprobadas por el plan, sin límite de viajes sencillos por año.</p> <p>Este beneficio ofrece una cantidad ilimitada de millas por viaje.</p>
<p><b>Cuidado para la vista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios para la vista rutinarios:</li> </ul>	<p><b>VIS176</b></p> <p>Copago de <b>\$0</b> por examen rutinario, hasta 1 por año.</p> <p>Cantidad máxima de cobertura de beneficios de <b>\$400</b> por año para lentes de contacto o</p>	<p><b>VIS027</b></p> <p>Copago de <b>\$0</b> por examen rutinario, hasta 1 por año.</p> <p>Cantidad máxima de cobertura de beneficios de <b>\$400</b> por año para lentes de contacto o</p>

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
	anteojos (lentes y monturas) más ajustes; o bien, 3 pares de anteojos seleccionados por año sin costo. Los anteojos incluyen protección ultravioleta y capa contra rayaduras.	anteojos (lentes y monturas), 1 par por año más ajustes, 1 por año. Los anteojos incluyen protección ultravioleta y capa contra rayaduras.
<b>Cobertura mundial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por cada consulta en la sala de emergencias, usted paga:</li> </ul>	Copago de <b>\$0 o \$120</b> está exento si es admitido dentro de 24 horas.  Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga una cantidad de copago de <b>\$0</b> .	Copago de <b>\$0 o \$130</b> está exento si es admitido dentro de 24 horas.  Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga una cantidad de copago de <b>\$0</b> .

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

### Cambios a nuestra Guía de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Guía de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Guía de medicamentos por medios electrónicos. 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. **Usted puede obtener la Guía de medicamentos completa** llamando a Atención al cliente al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web ([es-www.humana.com/PlanDocuments](http://es-www.humana.com/PlanDocuments)).

Hemos realizado cambios a nuestra Guía de medicamentos, los cuales incluyen remover o añadir medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos, o cambiarlos a un nivel diferente de costos compartidos. **Revise la Guía de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones, o si su medicamento se ha cambiado a un nivel de costos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios en la Guía de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. También actualizaremos nuestra Guía de medicamentos por lo menos mensualmente en línea para proveer la lista más actualizada de medicamentos. Si hacemos 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 Atención al cliente al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

## Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de medicamentos recetados

### ¿Recibe Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura para medicamentos?

Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información acerca de los costos de medicamentos de la Parte D posiblemente no le corresponda 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 medicamentos. Si usted recibe Ayuda adicional y no recibe este material antes del 30 de septiembre, llame a Atención al cliente al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula del subsidio por ingresos limitados (Cláusula LIS, por sus siglas en inglés)*.

### Etapas de pago de medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. El Período sin cobertura y el Programa de descuentos durante el período sin cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

- **Etapa 1: Deducible anual**  
No tenemos deducible, por lo que esta etapa de pago no aplica para usted.
- **Etapa 2: Cobertura inicial**  
En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que sus costos de desembolso personal del año hasta la fecha alcancen el *umbral de desembolso personal* de **\$2,100**.
- **Etapa 3: Cobertura catastrófica**  
Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuentos durante el período sin cobertura se ha reemplazado por el Programa de descuentos de los fabricantes. Según el Programa de descuentos de los fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una porción del costo completo del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes según el Programa de descuentos de los fabricantes no se tienen en cuenta para los gastos de desembolso personal.

En la tabla se muestran los costos por medicamentos recetados durante esta etapa.

### Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

Etapa	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
<b>Deducible anual</b>	Si usted recibe Ayuda adicional, su deducible es de <b>\$0</b> .  Durante esta etapa, usted paga <b>\$0</b> por todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan.  Si usted <b>no</b> recibe Ayuda adicional, el deducible es <b>\$540</b> .	Como no tenemos un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

## Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Para los medicamentos en el Nivel 3 – Marca Preferida, su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial está cambiando de un copago a coseguro. Consulte la tabla a continuación para los cambios de 2025 a 2026.

Cambiamos el nivel de algunos medicamentos en nuestra Guía de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Guía de medicamentos.

Es posible que no todos los niveles incluyan insulina. Consulte su Guía de medicamentos recetados para confirmar la cobertura de insulina.

La tabla muestra el costo por receta para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

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

Una vez que haya pagado **\$2,100** como desembolso personal por medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).

	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
<b>Nivel 1: Genéricos preferidos:</b>	Usted paga <b>\$0</b> . Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es <b>\$10</b> .	Usted paga <b>\$0</b> por suministro mensual en una farmacia minorista.  Usted paga <b>0%</b> por suministro mensual en una farmacia minorista de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es <b>\$10</b> . Usted paga <b>25%</b> hasta <b>\$10</b> por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
<b>Nivel 2: Genéricos:</b>	Usted paga <b>\$0</b> . Usted paga <b>\$0</b> por un mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es <b>\$20</b> .	Usted paga <b>\$0</b> por suministro mensual en una farmacia minorista. Usted paga <b>0%</b> por un mes de suministro en una farmacia minorista de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es <b>\$20</b> . Usted paga <b>25%</b> hasta <b>\$20</b> por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
<b>Nivel 3: De marca preferidos:</b>	Usted paga <b>\$47</b> . Usted paga <b>\$35</b> por un mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es <b>\$47</b> .	Usted paga <b>25%</b> por suministro mensual en una farmacia minorista. Usted paga <b>25%</b> hasta <b>\$35</b> por un mes de suministro en una farmacia minorista de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es <b>25%</b> . Usted paga <b>25%</b> hasta <b>\$35</b> por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
<b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos:</b>	Usted paga <b>25%</b> del costo total. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es <b>25%</b> .	Usted paga <b>25%</b> del costo total por suministro mensual en una farmacia minorista. Usted paga <b>25%</b> hasta <b>\$35</b> por un mes de suministro en una farmacia minorista de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es <b>25%</b> . Usted paga <b>25%</b> hasta <b>\$35</b> por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
<b>Nivel 5: Nivel de especialidad:</b>	Usted paga <b>25%</b> del costo total. Usted paga <b>\$35</b> por un mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es <b>25%</b> .	Usted paga <b>33%</b> del costo total por suministro mensual en una farmacia minorista. Usted paga <b>25%</b> hasta <b>\$35</b> por un mes de suministro en una farmacia minorista de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es <b>33%</b> . Usted paga <b>25%</b> hasta <b>\$35</b> por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

### Cambios a su beneficio de VBIID de la parte D

Ya **no** se cubre la eliminación del costo compartido para todos los medicamentos de la Parte D de Medicare como parte del beneficio de copago de \$0 para medicamentos recetados.

### Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

**Si alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6, en su *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2025 (este año)	2026 (año próximo)
<b>Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare</b>	El plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que empezó este año y puede ayudarle a manejar los costos de desembolso personal de los medicamentos cubiertos por nuestro plan al dividirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Es posible que usted participe en esta opción de pago.	<b>Si usted está participando en el Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para el 2026.</b> <b>Para aprender más sobre esta opción de pago, llámenos al 800-457-4708 (usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite <a href="http://es.Medicare.gov">http://es.Medicare.gov</a>.</b>

## SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

**Para permanecer en Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP), no necesita hacer nada.** A menos que se inscriba en un plan diferente o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP).

Si quiere cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare distinto**, inscribese en el nuevo plan. Se le desafiliará automáticamente de Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP).
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se le desafiliará automáticamente de Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP).
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, usted puede enviarnos una solicitud de desafiliación por escrito o visitar nuestro sitio web para desafiliarse en línea en [es-www.humana.com/member/member-rights/disenrollment-and-cancellation](http://es-www.humana.com/member/member-rights/disenrollment-and-cancellation). Llame a Atención al cliente al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y consulte cómo desafiliarse. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se afilia a un plan de medicamentos de Medicare, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D (consulte la Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [es.Medicare.gov](http://es.Medicare.gov), lea el manual *Medicare y usted 2026*, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 5), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

---

## SECCIÓN 3.1 Plazos para cambiar de planes

---

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que empieza el 1 de enero de 2026, y no le gusta el plan que eligió, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o puede cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin una cobertura aparte para medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

---

## SECCIÓN 3.2 ¿Hay otros períodos del año para realizar un cambio?

---

En determinadas situaciones, las personas tienen otras oportunidades para hacer cambios en su cobertura durante el año. En los ejemplos se incluyen personas que:

- Tengan Medicaid
- Reciban Ayuda adicional para pagar los medicamentos
- Tengan o dejen de tener cobertura de un empleador
- Se muden 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 en la inscripción automática).
- Si es elegible, un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés) integrado que proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

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

---

## SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados

---

Usted puede ser elegible para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Existen diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para la Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare puede 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 que califican no tiene una multa por afiliación tardía. Para saber si califica, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Seguro social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- La oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos 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 una lista 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 Pagos 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. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus 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. Todos los afiliados son elegibles para participar en el Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare, sin importar su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos a Atención al cliente al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

## SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

### Reciba ayuda de Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP)

#### Llame a Atención al cliente al 800-457-4708 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Estamos disponibles para atender las llamadas telefónicas 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. Las llamadas a estos números son gratis.

#### Lea su *Evidencia de cobertura para 2026*

Esta *Notificación anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (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 una

copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [es-www.humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments) o llame a Atención al cliente al 800-457-4708. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo postal.

### Visite [es-www.humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario/Guía de medicamentos)*.

### Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) 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), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo en [es.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [es.Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite [es.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costo, cobertura y calificaciones de calidad de Estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y usted 2026***

El manual *Medicare y usted 2026* se envía por correo a las personas que tienen 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. Puede obtener una copia en [es.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

### Reciba ayuda de Medicaid

Llame a Florida Medicaid a los números que se encuentran en el “Anexo A” en la parte final de este documento para obtener ayuda con la inscripción en Medicaid o si tiene preguntas sobre los beneficios.

**Anexo A - Información de contacto de las agencias estatales****Anexo A - Información de contacto de las agencias estatales**

Esta sección provee la información de contacto de las agencias estatales a las que se hace referencia en esta Notificación anual de cambios. Si tiene problemas para localizar la información que busca, contacte a Atención al cliente al número de teléfono en la contraportada de este manual.

<b>FLORIDA</b>	
<b>Nombre del programa SHIP e información de contacto</b>	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 800-963-5337 (llamada gratuita) 800-955-8770 (TTY) 850-414-2150 (fax) 800-963-5337 <a href="http://www.floridaSHINE.org">http://www.floridaSHINE.org</a>
<b>Organización para el mejoramiento de la calidad</b>	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 888-317-0751 711 (TTY) 844-878-7921 (Fax) <a href="http://www.acentraqio.com">www.acentraqio.com</a>
<b>Oficina estatal de Medicaid</b>	Florida Medicaid 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308-5407 888-419-3456 (llamada gratuita) 850-412-4000 (local) 850-922-2993 (fax) 800-955-8771 (TTY) <a href="https://ahca.myflorida.com">https://ahca.myflorida.com</a>
<b>Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA</b>	Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP) HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399 850-245-4422 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español) 1-800-2437-101 (1-800-AIDS-101) (Kreyòl Ayisyen) 888-503-7118 (TTY) <a href="http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html">http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html</a>

# Insurance ACE

## Aviso sobre prácticas de privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. ANALÍCELO DETENIDAMENTE.**

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

Hay una lista completa de las entidades miembro de ACE 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. Entre los procedimientos administrativos, técnicos y físicos que tenemos para proteger su información de diversas formas se incluyen:

- Limitamos el número de personas que 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.

- A la Secretaría 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 provistos a usted por proveedores de cuidado de la salud y para pagos de las primas del plan de salud.
- Para actividades de funcionamiento del cuidado de la salud. Esto incluye procesar su inscripción, responder a sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad, y determinar las 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 actividades relacionadas con la elegibilidad, la inscripción y la 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 permiso o el patrocinador de su plan debe certificar que se compromete a mantener la privacidad de su información.
- Para contactarle a usted y brindarle información acerca de servicios y beneficios relacionados con la salud, recordatorios de citas, o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si usted optó por no recibir este tipo de información, no nos comunicaremos 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 identifique. Esto se aplica si la información es directamente pertinente con la participación de dichas personas en su cuidado de la salud o en el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, nosotros podemos confirmar si la reclamación ha sido recibida y pagada.
- Para proveer información de pago al suscriptor para sustentación ante el Servicio de impuestos internos.
- A las agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando hay problemas de abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o del tribunal, citación, solicitud de revelación u otros procesos legales.
- Con fines de aplicación de la ley, a las autoridades militares y según sea exigido de cualquier otra forma por la ley.
- Para ayuda en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones bajo el contrato o la ley de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación, en circunstancias limitadas y siempre que hayan tomado las medidas apropiadas para proteger su privacidad.
- Para obtención, remisión al banco de órganos, o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico patólogo forense, examinador médico o director funerario.

Otras restricciones sobre el uso y la divulgación para ciertos tipos de información:

- Algunas leyes estatales y federales podrían restringir el uso y la divulgación de determinada información sensible de salud, tal como: trastorno por abuso de sustancias; información biométrica; negligencia o abuso infantil o de adultos, incluido el ataque sexual; enfermedades transmisibles; información genética; VIH/SIDA; salud mental; salud reproductiva; y enfermedades de transmisión sexual.
- Información de salud reproductiva: No usaremos ni divulgaremos información para realizar una investigación para identificar a (o el intento de imponer responsabilidad contra) ninguna persona por el hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar cuidado de salud reproductiva legal. En respuesta a una solicitud de información de una agencia gubernamental (o de otra persona) que podría estar relacionada al cuidado de la salud reproductiva, la persona que efectúe la solicitud debe proporcionar una certificación firmada que indique que el objetivo de dicha solicitud no viola la prohibición sobre la divulgación de la información de cuidado de salud reproductiva.

### **¿Usaremos su información para fines 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 las notas de psicoterapia.
- Los fines de marketing.
- La venta de información personal y de salud.

### **¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser 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 requerido, destruimos la información siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

### **¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?**

Tenemos el compromiso de responder a su solicitud de derechos de manera oportuna.

- Acceso: usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que puede ser usada para tomar decisiones acerca de usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Según lo exige la ley aplicable, pondremos esta información personal a su disposición o a disposición de su representante designado.
- Decisión adversa sobre la suscripción: si rechazamos su solicitud de seguro, usted tiene derecho a que se le proporcione el motivo de la denegación.
- Comunicación alterna: 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. Procesaremos su solicitud si es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar correcciones a cualquier información personal a través de enmiendas o eliminaciones. Dentro de los 60 días hábiles de recibir el pedido por escrito, le notificaremos a usted sobre su enmienda o eliminación de la información en disputa, o de nuestro rechazo de hacer cierta corrección luego de más investigación.
- Si nos rehusáramos a enmendar o eliminar la información en disputa, usted tiene el derecho de presentarnos una declaración por escrito con las razones de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera ser información correcta. Haremos que dicha declaración sea accesible para todas y cada una de las partes que revisen la información en disputa.\*
- Divulgación: usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en las cuales nosotros o nuestros asociados comerciales hayamos 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: usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia por escrito de este aviso en cualquier momento.
- Restricción: usted tiene derecho a solicitar que se limite el uso o la divulgación de 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.

### **Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debo hacer?**

Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentar una queja ante nosotros 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 suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda si usted así lo solicita. También puede enviar su queja por correo electrónico a **OCRComplaint@hhs.gov**. Si decide presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no le castigaremos ni tomaremos represalias 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 médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber puesto en riesgo la privacidad o la seguridad de su información
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información excepto según se describe aquí, a menos que usted nos indique que podemos hacerlo por escrito. 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
- Ingrese a nuestro sitio web en **es-[www.humana.com](http://www.humana.com)** y vaya al enlace de Prácticas de privacidad
- Envíe el formulario de solicitud completado a:

Humana Inc.  
Privacy Office 003/10911  
101 E. Main Street  
Louisville, KY 40202

\* Este derecho solo se aplica a nuestros residentes de Massachusetts según las regulaciones estatales.

## 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 su raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana Inc.:

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

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de no discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **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, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono a:

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

### Afiliados de California:

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

# 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)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GHHNOA2025HUM\_0425

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 សេវាកម្មជំនួយប្រមូលផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់។ ទូរសព្ទទៅលេខ 877-320-1235 (TTY: 711)។

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

ພາສາລາວ [Lao]: ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ຊ່ວຍກວດກາຄຳສັບ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ພຣິ. ໂທ 877-320-1235 (TTY: 711).

Diné [Navajo]: Saad t'áa jiik'eh, t'áadoole'é binahji' bee adahodooníílgíí diné bich'i' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohji' hodíílnih 877-320-1235 (TTY: 711).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አገዥ ማዳመጫ እና አማራጫ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ 877-320-1235 (TTY: 711) ላይ ይደውሉ።

Bàsɔ́r̀ [Bassa]: Wuɖu-xwíniín-mú-zà-zà kùà, Hwòdò-fàńɔ-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bĕ bé nyuεε se wídí pĕĕ-pĕĕ dò ko. 877-320-1235 (TTY: 711) dá.

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

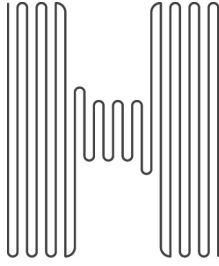
Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn ìṣẹ̀ àtìlẹ̀hìn ìrànlọ́wọ̀ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ̀tó. Pe 877-320-1235 (TTY: 711).

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

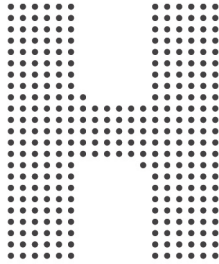




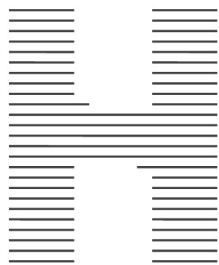




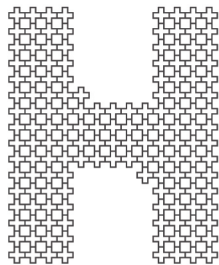
Puede ver estos documentos del plan de 2026 a partir del 15 de octubre de 2025 en **es-[www.humana.com/PlanDocuments](http://www.humana.com/PlanDocuments)**. Aquí puede ver la información más actualizada sobre su plan. Es fácil de buscar, por lo que puede encontrar la información que busca rápidamente.



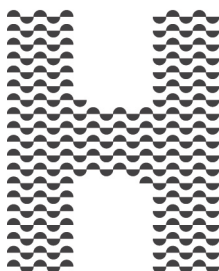
- Consulte su Evidencia de cobertura para conocer los detalles, beneficios y costos específicos de su plan.
- Revise la Lista de medicamentos que incluye los medicamentos cubiertos por su plan.
- Consulte el Directorio de proveedores para ver una lista de proveedores y especialistas en la red de su plan.



Para obtener copias impresas de estos documentos por correo, haga su solicitud en línea en el sitio web que se indica más arriba, o llame al **800-457-4708 (TTY: 711)**, las 24 horas, los siete días de la semana. Cuando llame, tenga preparada su tarjeta de identificación del afiliado de Humana. Cuando se le solicite el motivo por el cual ha llamado, diga “Evidencia de cobertura” “Lista de medicamentos” y/o “Directorio de proveedores”. Tenga en cuenta que recibir los documentos por correo puede demorar hasta dos semanas.



Estamos aquí para ayudar. Si tiene problemas para utilizar estas herramientas en línea, llame al número que está al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado Humana para recibir asistencia.



Como afiliado de Humana, podemos llamarlo para ofrecerle otros productos relacionados con el seguro. Puede optar por no recibir esas llamadas futuras llamando al número de Atención al cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación.

## Humana Inc.

P.O. Box 14168

Lexington, KY 40512-4168



H1036210000ANOCSP26

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



### **Más información en el interior**

Este es un resumen de su **Humana Gold Plus SNP-DE H1036-210 (HMO D-SNP)** que entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2026.

# Humana®

[es-www.humana.com](https://www.humana.com)  
800-457-4708 (TTY: 711)