

2026

Notificación anual de cambios

Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP)

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

Virginia



Medicare and Medicaid Working Together



Es momento de revisar sus actualizaciones de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) y Humana Healthy Horizons en VIRGINIA para 2026

Gracias por confiarle a Humana sus necesidades de cobertura de los planes de Medicare y Medicaid para 2025. Adentro encontrará la Notificación anual de cambio. Con este paquete es más fácil comparar los beneficios de su plan de Medicare y Medicaid 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 es Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) y Humana Healthy Horizons en VIRGINIA, 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-\[www.Humana.com/PlanInformation\]\(https://www.Humana.com/PlanInformation\)](https://www.Humana.com/PlanInformation)**.



A partir del 15 de octubre, puede visitar **[es-\[www.Humana.com/PlanInformation\]\(https://www.Humana.com/PlanInformation\)](https://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 Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP) ofrecido por Humana WI Health Organization Insurance Corp

Notificación anual de cambio para 2026

Usted está inscrito como afiliado de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS 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 Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite es.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** o llame a Servicios para afiliados al 844-881-4482 (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 inglés, coreano, vietnamita, hindi, chino, árabe, amárico, urdu, tagalo, farsi, francés, telugu, nepalí, bengalí y ruso.
- Llame a Servicios para afiliados al 844-881-4482 (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 Servicios para afiliados 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 para obtener más información.

Acerca de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP)

- Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS 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 Virginia. 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 Virginia para coordinar sus beneficios de Medicaid.

Cuando este material dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Humana WI Health Organization Insurance Corp. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP).

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

Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP). A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos y la cobertura de su plan Cardinal Care de Medicaid a través de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

H2875_ANOC_MAPD_HMOPOS_001000_2026_SP_M

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

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	6
SECCIÓN 1 Cambios a los beneficios y costos para el año próximo.....	12
Sección 1.1 Cambios a la prima mensual del plan.....	12
Sección 1.2 Cambios a su cantidad máxima de desembolso personal	12
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	14
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	14
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	14
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D	21
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados	22
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	25
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	26
Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes	27
Sección 3.2 ¿Hay otros períodos del año para realizar un cambio?	27
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados	27
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?.....	28
Reciba ayuda de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP).....	28
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	29
Reciba ayuda de Medicare.....	29
Reciba ayuda de Medicaid.....	30
Anexo A. Información de contacto de las agencias estatales.....	31
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	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	\$0 o hasta \$30.70		\$0 o hasta \$23.70	
Deducible	\$0	No se aplica	\$0	No se aplica
Cantidad máxima de desembolso personal 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).	\$9,350 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.	No se aplica	\$9,250 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.	No se aplica
Visitas al consultorio del proveedor de cuidado primario	Copago de \$0 por consulta	No se aplica	Copago de \$0 por consulta	No se aplica
Consultas médicas con un especialista	Copago de \$0 por consulta	No se aplica	Copago de \$0 por consulta	No se aplica

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Estadías en el hospital como paciente internado</p> <p>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.</p>	Copago de \$0 por estadía	No se aplica	Copago de \$0 por estadía	No se aplica
<p>Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles).</p>	\$590 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D		\$615 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D	

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Cobertura para medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles, incluidas las Etapas de deducible anual, cobertura inicial, y cobertura catastrófica).</p> <p>Es posible que no todos los niveles incluyan la insulina. Consulte la Lista de medicamentos para confirmar la cobertura de la insulina.</p>	<p>El beneficio de copago de medicamentos recetados de \$0 aplica si usted recibe Ayuda Adicional. Usted pagará lo siguiente por todos los Medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan durante todo el año calendario:</p> <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan: \$0 <p>El beneficio de copago de medicamentos recetados de \$0 no aplica si usted no recibe Ayuda Adicional. Usted pagará lo siguiente:</p> <p>Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>	<p>El beneficio de copago de medicamentos recetados de \$0 <u>no</u> 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. Si recibe Ayuda Adicional, su deducible es de \$0. Si usted no recibe Ayuda Adicional, usted pagará lo siguiente:</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 para los medicamentos en el Nivel 1, \$0 por costo compartido para medicamentos en el Nivel 2, y el costo total de los medicamentos en el Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>		

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
	<p>Por un suministro de 30 días de una farmacia minorista:</p> <ul style="list-style-type: none"> Todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan: 25% <p>Usted paga el 25% por receta excepto por cada producto de insulina cubierto, pagará \$35 por suministro mensual.</p>		<p>Por un suministro de 30 días de una farmacia minorista:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: \$0 <p>Usted paga 0% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 2 de medicamentos: \$0 <p>Usted paga 0% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 3 de medicamentos: 25% <p>Usted paga 25% hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 4 de medicamentos: 25% <p>Usted paga 25% hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 5 de medicamentos: 25% <p>Usted paga 25% hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
	<p>Por un suministro de 90 días de una farmacia de pedido por correo con costos compartidos preferidos:</p> <p>No se aplica</p>		<p>Por un suministro de 100 días de una farmacia de pedido por correo con costos compartidos preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: \$0 <p>Usted paga 0% por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 2 de medicamentos: \$0 <p>Usted paga 0% por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 3 de medicamentos: 25% <p>Usted paga 25% hasta \$105 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 4 de medicamentos: 25% <p>Usted paga 25% hasta \$105 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 5 de medicamentos: No disponible 	

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
	<p>Por un suministro de 90 días de una farmacia de pedido por correo con costos compartidos estándares:</p> <ul style="list-style-type: none"> Todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan: 25% <p>Usted paga el 25% por receta excepto por cada producto de insulina cubierto, pagará \$105 por suministro de 3 meses.</p>		<p>Por un suministro de 100 días de una farmacia de pedido por correo con costos compartidos estándares:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: \$30 <p>Usted paga 25% hasta \$30 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 2 de medicamentos: \$60 <p>Usted paga 25% hasta \$60 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 3 de medicamentos: 25% <p>Usted paga 25% hasta \$105 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 4 de medicamentos: 25% <p>Usted paga 25% hasta \$105 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 5 de medicamentos: No disponible 	
	<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)
Prima mensual del plan (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Virginia Department of Medical Assistance Services (Medicaid) la pague por usted).	\$0 o hasta \$30.70	\$0 o hasta \$23.70 Si usted es elegible para recibir Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos recetados, es posible que no tenga que pagar una prima del plan, o que pueda pagar una cantidad reducida.

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 próximo año)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Cantidad máxima de desembolso personal</p> <p>Debido a que nuestros afiliados también reciben ayuda de Virginia Department of Medical Assistance Services (Medicaid), pocos afiliados alcanzan esta cantidad máxima de desembolso personal.</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningunos gastos de desembolso personal hacia la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal. La prima de nuestro plan y sus costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal.</p>	\$9,350	No se aplica	<p>\$9,250</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,250 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.</p>	No se aplica

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 y farmacias* 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 y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [es-www.humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)
- Llame a Servicios para afiliados al 844-881-4482 (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 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 de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicios para afiliados al 844-881-4482 (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 farmacias y 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 farmacias y proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [es-www.Humana.com/PlanDocuments](https://www.Humana.com/PlanDocuments)
- Llame a Servicios para afiliados al 844-881-4482 (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 farmacias y 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 Servicios para afiliados al 844-881-4482 (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	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Asistencia para el cuidado de afecciones crónicas 	<p>La asistencia de cuidado para afecciones crónicas está disponible para los afiliados elegibles que demuestren la necesidad de recibir asistencia adicional para un gasto médico elegible, relacionado principalmente con la salud o no relacionado principalmente con la salud que respalde los objetivos del plan de cuidado del afiliado. La elegibilidad se considerará para los afiliados con ciertas afecciones crónicas que califican, actualmente participan en los servicios de coordinación del cuidado de la salud y que cumplen con los criterios del programa. Los beneficios se limitan a \$500 por año y están coordinados por la coordinación del cuidado.</p>	<p>No hay cobertura</p>	<p>La asistencia de cuidado para afecciones crónicas está disponible para los afiliados elegibles que demuestren la necesidad de recibir asistencia adicional para un gasto médico elegible, relacionado principalmente con la salud o no relacionado principalmente con la salud que respalde los objetivos del plan de cuidado del afiliado. La elegibilidad se considerará para los afiliados con ciertas afecciones crónicas que califican, actualmente participan en los servicios de coordinación del cuidado de la salud y que cumplen con los criterios del programa. Los beneficios se limitan a \$1,000 por año y están coordinados por la coordinación del cuidado.</p>	<p>No hay cobertura</p>

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> Humana Healthy Options Allowance™ 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para participar.</p> <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>	No hay cobertura	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para participar.</p> <p>\$315 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>	No hay cobertura
Modelo de Diseño de Seguros Basado en el Valor (VBID)				

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> Humana Healthy Options Allowance™ 	<p>Subsidio mensual de \$225 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 transporte no médico, como un taxi, Uber, Lyft, etc.).</p> <p>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.</p>	No hay cobertura	<p>Vea arriba los Beneficios especiales suplementarios para las personas con enfermedades crónicas, para los beneficios Humana Healthy Options™ para 2026.</p>	No hay cobertura
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> Beneficios suplementarios de servicios dentales: 	<p>DENE85 El plan cubre un subsidio de hasta</p>	<p>DENE85 El plan cubre un subsidio de hasta</p>	<p>DEN447 El plan cubre un subsidio de hasta</p>	<p>DEN447 El plan cubre un subsidio de hasta</p>

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
	<p>\$4,000 por año para servicios dentales preventivos e integrales no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier cantidad por encima del límite de cobertura dental. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. Su beneficio se puede utilizar para la mayoría de los tratamientos dentales, tales como:</p> <p>Servicios dentales preventivos, como exámenes, limpiezas rutinarias, etc.</p> <p>Servicios dentales básicos, como empastes, extracciones, etc.</p> <p>Servicios dentales complejos, como raspado periodontal, coronas, dentaduras postizas, conductos radiculares, puentes, etc.</p> <p>Pueden aplicarse límites de frecuencia.</p> <p>Tenga en cuenta que el subsidio no puede utilizarse para flúor, servicios</p>	<p>\$4,000 por año para servicios dentales preventivos e integrales no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier cantidad por encima del límite de cobertura dental. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. Su beneficio se puede utilizar para la mayoría de los tratamientos dentales, tales como:</p> <p>Servicios dentales preventivos, como exámenes, limpiezas rutinarias, etc.</p> <p>Servicios dentales básicos, como empastes, extracciones, etc.</p> <p>Servicios dentales complejos, como raspado periodontal, coronas, dentaduras postizas, conductos radiculares, puentes, etc.</p> <p>Pueden aplicarse límites de frecuencia.</p> <p>Tenga en cuenta que el subsidio no puede utilizarse para flúor, servicios</p>	<p>\$3,000 por año para servicios dentales preventivos e integrales no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier cantidad por encima del límite de cobertura dental. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. Su beneficio se puede utilizar para la mayoría de los tratamientos dentales, tales como:</p> <p>Servicios dentales preventivos, como exámenes, limpiezas rutinarias, etc.</p> <p>Servicios dentales básicos, como empastes, extracciones, etc.</p> <p>Servicios dentales mayores, como alisado periodontal, coronas, dentaduras postizas, conductos radiculares, puentes, etc.</p> <p>Tenga en cuenta: El subsidio no puede utilizarse en flúor, servicios cosméticos e implantes.</p>	<p>\$3,000 por año para servicios dentales preventivos e integrales no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier cantidad por encima del límite de cobertura dental. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. Su beneficio se puede utilizar para la mayoría de los tratamientos dentales, tales como:</p> <p>Servicios dentales preventivos, como exámenes, limpiezas rutinarias, etc.</p> <p>Servicios dentales básicos, como empastes, extracciones, etc.</p> <p>Servicios dentales mayores, como alisado periodontal, coronas, dentaduras postizas, conductos radiculares, puentes, etc.</p> <p>Tenga en cuenta: El subsidio no puede utilizarse en flúor, servicios cosméticos e implantes.</p> <p>Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a</p>

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
	cosméticos e implantes.	cosméticos e implantes. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones o exclusiones del beneficio dentro de la red.		las cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones de beneficios dentro de la red
Beneficio de viajes HMO	Los afiliados pueden recibir beneficios dentro de la red cuando los servicios se reciben a través de un proveedor participante de la red nacional de Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) cuando están de viaje en otros estados y Puerto Rico.	No hay cobertura	Los afiliados pueden recibir beneficios dentro de la red cuando los servicios se reciben a través de un proveedor participante de la red nacional de Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) cuando están de viaje en otros estados.	No hay cobertura
Programa de comidas de Humana Well Dine®	Copago de \$0 por el programa de comidas Well Dine® de Humana. Después de su hospitalización 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). Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta	Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red. Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.	Copago de \$0 por el programa de comidas Well Dine® de Humana. Después de su hospitalización 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). Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta	Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red. Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos. Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red. Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos. Para este servicio debe

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
	de su hospitalización. Límite de 4 veces por año.		de su hospitalización. Límite de 4 veces por año. Copago de \$0 por el programa de comidas Well Dine® de Humana. Reciba 2 comidas por día durante 10 días. Hasta 20 comidas que se envían al domicilio del afiliado para contribuir a fijar una dieta apropiada para la diabetes mellitus, con la aprobación del médico. Copago de \$0 por el programa de comidas Well Dine® de Humana. Reciba 2 comidas por día durante 10 días. Hasta 20 comidas que se envían al domicilio del afiliado para contribuir a fijar una dieta apropiada para la insuficiencia cardíaca crónica, con la aprobación del médico.	utilizarse el proveedor de la red. Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.
Cuidado para la vista <ul style="list-style-type: none"> Servicios para la vista rutinarios: 	VIS701 Copago de \$0 por examen rutinario, hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$400 por año para lentes	No hay cobertura	VIS706 Copago de \$0 por examen rutinario, hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$450 por año para lentes	No hay cobertura

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> Lentes de contacto necesarios por razones médicas 	de contacto o anteojos: lentes y monturas, ajustes para anteojos: lentes y monturas. O Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$450 por año en PLUS Provider para lentes de contacto o anteojos-lentes y monturas, ajustes para anteojos-lentes y monturas. Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año. La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año. Copago de \$0	No hay cobertura	de contacto o anteojos: lentes y monturas, ajustes para anteojos: lentes y monturas. Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año. La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año. Incluido como parte de la asignación de VIS706 para indicada arriba.	No hay cobertura

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

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista 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 Lista de medicamentos completa** llamando a Servicios para

afiliados al 844-881-4482 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web (es-www.humana.com/PlanDocuments).

Hemos realizado cambios a nuestra Lista 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 Lista 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 Lista 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 Lista 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 Servicios para afiliados al 844-881-4482 (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 ya 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 Servicios para afiliados al 844-881-4482 (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 Periodo 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**
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: Cobertura inicial**
Una vez que paga el deducible anual, 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. 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)
Deducible anual	<p>Si usted recibe Ayuda adicional, su deducible es de \$0.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 por todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan.</p> <p>Si usted no recibe Ayuda adicional, el deducible es \$590.</p>	<p>Si usted recibe Ayuda adicional, su deducible es \$0. Consulte la información de la Cláusula LIS para conocer sus cantidades de costos compartidos.</p> <p>Si no recibe Ayuda adicional, el deducible es \$615.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costos compartidos por los medicamentos del Nivel 1, \$0 de costos compartidos por los medicamentos del Nivel 2 y el costo total de los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Para los medicamentos en el Nivel 1 – Genéricos preferidos, sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial están cambiando de coseguro a un copago. Consulte la tabla a continuación para los cambios de 2025 a 2026.

Para los medicamentos en el Nivel 2 – Genéricos, sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial están cambiando de coseguro a un copago. Consulte la tabla a continuación para los cambios de 2025 a 2026.

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

Es posible que no todos los niveles incluyan insulina. Consulte su Lista 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)
Nivel 1: Genéricos preferidos:	<p>Todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan: Usted paga el 25% por receta excepto por cada producto de insulina cubierto, pagará \$35 por mes de suministro.</p>	<p>Usted paga \$0 por suministro mensual en una farmacia minorista.</p> <p>Usted paga 0% 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 \$10. Usted paga 25% hasta \$10 por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
Nivel 2: Genéricos:	<p>Todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan: Usted paga el 25% por receta excepto por cada producto de insulina cubierto, pagará \$35 por mes de suministro.</p>	<p>Usted paga \$0 por suministro mensual en una farmacia minorista.</p> <p>Usted paga 0% 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 \$20. Usted paga 25% hasta \$20 por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
Nivel 3: De marca preferidos:	<p>Todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan: Usted paga el 25% por receta excepto por cada producto de insulina cubierto, pagará \$35 por mes de suministro.</p>	<p>Usted paga 25% por suministro mensual en una farmacia minorista.</p> <p>Usted paga 25% hasta \$35 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 25%. Usted paga 25% hasta \$35 por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
Nivel 4: Medicamentos no preferidos:	Todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan: Usted paga el 25% por receta excepto por cada producto de insulina cubierto, pagará \$35 por mes de suministro.	Usted paga 25% del costo total por suministro mensual en una farmacia minorista. Usted paga 25% hasta \$35 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 25% . Usted paga 25% hasta \$35 por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel 5: Nivel de especialidad:	Todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan: Usted paga el 25% por receta excepto por cada producto de insulina cubierto, pagará \$35 por mes de suministro.	Usted paga 25% del costo total por suministro mensual en una farmacia minorista. Usted paga 25% hasta \$35 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 25% . Usted paga 25% hasta \$35 por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Cambios a su beneficio de VBID 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)
Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare	El plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que empezó este año y puede ayudarlo 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.	<p>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.</p> <p>Para aprender más sobre esta opción de pago, llámenos al 844-881-4482 (usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite http://es.Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS 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 Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS 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 Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP). Permanecerá inscrito en Cardinal Care. Si también desea cambiar su operador del plan de Cardinal Care llame a Servicios para afiliados al 844-881-4482 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto.
- **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 Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP). Permanecerá inscrito en Cardinal Care. Si también desea cambiar su operador del plan de Cardinal Care, llame a Servicios para afiliados al 844-881-4482 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto.
- **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 desafiarse en línea en es-www.humana.com/member/member-rights/disenrollment-and-cancellation. Llame a Servicios para afiliados al 844-881-4482 (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 desafiarse. 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). Permanecerá inscrito en Cardinal Care. Si también desea cambiar su operador del plan de Cardinal Care, llame a Servicios para afiliados al 844-881-4482 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto.
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite 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). Si también desea

cambiar su operador del plan de Cardinal Care, llame a Servicios para afiliados al 844-881-4482 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto.

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 Virginia Department of Medical Assistance Services (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. **Programa de asistencia con medicamentos de Virginia (VA MAP, por sus siglas en inglés), Dirección:** Department of Health, 109 Governor Street, Richmond, VA 23219, **Teléfono:** 1-855-362-0658, 1-800-533-4148, **TTY:** 711, **Horario:** lunes a viernes, de 8:00 AM a 5:00 PM, **Sitio web:** <https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/disease-prevention/hiv-care-services/>

- **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 SPAP y 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 Servicios para afiliados al 844-881-4482 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Reciba ayuda de Humana Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP)

Llame a Servicios para afiliados al 844-881-4482 (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 Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS 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 Servicios para afiliados al 844-881-4482. (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 farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.

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 Virginia Department of Medical Assistance Services (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.

VIRGINIA	
Nombre del programa SHIP e información de contacto	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP) 1610 Forest Avenue Suite 100 Henrico, VA 23229 800-552-3402 (llamada gratuita) 804-662-9333 (local) 804-552-3402 (llamada gratuita TTY) http://www.vda.virginia.gov
Organización para el mejoramiento de la calidad	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 888-396-4646 888-985-2660 (TTY) 855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Virginia Department of Medical Assistance Services (Medicaid) 600 East Broad Street Suite 1300 Richmond, VA 23219 855-242-8282 (llamada gratuita) 804-786-7933 (local) 888-221-1590 (TTY) https://www.dmas.virginia.gov/for-members/
Programa(s) estatal(es) de ayuda farmacéutica	Virginia State Pharmaceutical Assistance Program HCS Unit, 1st Floor James Madison Building 109 Governor Street Richmond, VA 23219 855-362-0658 (llamada gratuita) 804-864-8050 (fax) https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/

Anexo A - Información de contacto de las agencias estatales

VIRGINIA - Continuación	
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA	VIRGINIA MEDICATION ASSISTANCE PROGRAM (VA MAP) Virginia Department of Health, HCS Unit 1st Floor, James Madison Building 109 Governor Street Richmond, VA 23219 855-362-0658 804-864-8050 800-533-4148 https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/

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** 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**.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-320-1235 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-320-1235 (听障专线: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (聽障專線: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming librang serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay librang serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными

услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخطتنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-320-1235 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY : 711) にお電話ください。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Amharic: ስለ ጤና ወይም የመድኃኒት ዕቅዶችን በተመለከተ ማንኛውም ያላችሁን ጥያቄዎች ለመመለስ ነፃ የአስተርጓሚ አገልግሎቶች አሉን። አስተርጓሚ ለማግኘት፣ በ 1-877-320-1235 (TTY:- 711) ይደውሉልን። እንግሊዝኛ የሚናገር ሰው ሊረዳዎት ይችላል። ይህ ነፃ አገልግሎት ነው።

Bengali: আমরা বিনামূল্যে একজন অনুবাদকের পরিষেবা প্রদান করি, যিনি আপনার স্বাস্থ্য ও ড্রাগ প্ল্যান সংক্রান্ত যেকোনো প্রশ্ন থাকলে তার উত্তর দেবেন। অনুবাদকের প্রয়োজন হলে অনুগ্রহ করে আমাদের 1-877-320-1235 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা জানেন এমন একজন ব্যক্তি আপনার সাহায্য করবেন। এই পরিষেবাটি বিনামূল্যে উপলভ্য।

Nepali: हाम्रो स्वास्थ्य वा औषधि योजनाका बारेमा तपाईंसँग हुन सक्ने कुनै पनि प्रश्नहरूको जवाफ दिन हामीसँग नि:शुल्क दोभाषे सेवाहरू छन्। दोभाषे प्राप्त गर्न, हामीलाई 1-877-320-1235 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस्।

Farsi: ما خدمات مترجم رایگان جهت پاسخگویی به هر سؤالی که ممکن است شما در مورد طرح سلامت یا داروی خود داشته باشید داریم. به منظور دریافت مترجم، فقط از طریق شماره (TTY: 711) 1-877-320-1235 با ما تماس بگیرید. فردی که زبان انگلیسی صحبت می کند می تواند به شما کمک کند. این سرویس رایگان است.

Dari: جهت پاسخگویی به هر سوال که ممکن شما در مورد پلان صحتی و ادویه جات ما داشته باشید ما برای ترجمانی خدمات رایگان داریم. به منظور دریافت ترجمان، فقط ذریعه این نمبر ذکر شده 1-877-320-1235 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. شخصی که انگلیسی صحبت میکند میتواند همراهی شما کمک کند. این یک خدمت رایگان میباشد.

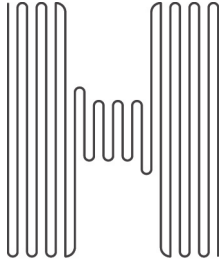
Bassa: Dì gwèè bàhièl màhōp inyùu holā wè i tìmbhè màmbadgà mɔŋ ma mā bènge mboo yîŋ nì i bèè ù nlama yîŋ. Inyùu kòsnà hièl màhōp, sèbel ndigi bès i nòm̀bà 1-877-320-1235 (TTY: 711). Mùt wàdā nū ā pɔt ŋgisi ā nlà hola wê. Bā ñsaa bee maholā m̃a.

Igbo: Anyị nwere ọrụ ntụgharị okwu efu iji zaa ajụjụ ọ bụla gị nwere ike ịnwè gbasara atụmatụ ahụike ma ọ bụ ọgwụ anyị. Ịchọ ịnweta onye ntụgharị okwu, naanị kpọọ anyị na 1-877-320-1235 (TTY: 711). Onye na-asụ asụsụ Bekee nwere ike ịnyere gị aka. Nkea bụ ọrụ efu.

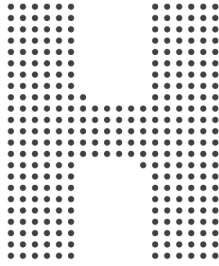
Telugu: మా ఆరోగ్యం లేదా డ్రగ్ ప్లాన్ గురించి మీకు ఏవైనా సందేహాలు ఉంటే వాటికి సమాధానమివ్వడానికి మా వద్ద ఉచిత వ్యాఖ్యాత సేవలు ఉన్నాయి. వ్యాఖ్యాతను పొందడానికి, 1-877-320-1235 (TTY: 711) వద్ద మాకు కాల్ చేయండి. ఇంగ్లీష్ మాట్లాడే ఎవరైనా మీకు సహాయం చేయగలరు. ఇది ఉచిత సేవ.

Urdu: ہمارے صحت یا ادویات کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مترجم کی مفت خدمات دستیاب ہیں۔ مترجم کی خدمات لینے کے لیے، بس ہمیں کال کریں 1-877-320-1235 (TTY: 711)۔ انگریزی بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت سروس ہے۔

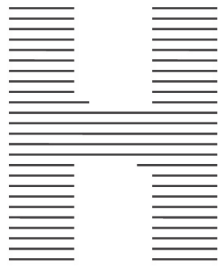
Yoruba: A ní àwọn isẹ̀ itọ́jú ògbifọ̀ lófẹ̀ẹ̀ láti dáhùn àwọn ibéèrè yòówù tí o lè ní nípa ètò ìlera tàbí oògùn wa. Láti gba ògbifọ̀ kan, sá pè wá ní 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ènikan tí ó nsọ̀ èdè Gẹ̀ẹ̀sì lè ràn ọ̀ lówọ̀. Isẹ̀ itọ́jú ọ̀fẹ̀ kan nìyí.



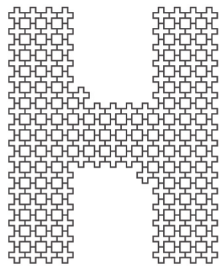
Puede ver estos documentos del plan de 2026 a partir del 15 de octubre de 2025 en [es-www.humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments). Aquí puede ver la información más actualizada sobre su plan. Es fácil de buscar, por lo que puede encontrar la información que busca rápidamente.



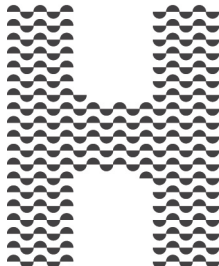
- Consulte su Evidencia de cobertura para conocer los detalles, beneficios y costos específicos de su plan.
- Revise la Lista de medicamentos que incluye los medicamentos cubiertos por su plan.
- Consulte el Directorio de proveedores y farmacias para ver una lista de proveedores y especialistas en la 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 **844-881-4482 (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 Servicios para afiliados que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación.

Humana Inc.

P.O. Box 14168

Lexington, KY 40512-4168



H2875001000ANOCSP26

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 Dual Fully Integrated H2875-001 (HMO-POS D-SNP)** que entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2026.

Humana.



Medicare and Medicaid Working Together

[es-www.humana.com](https://www.humana.com)
844-881-4482 (TTY: 711)