2027

Notificación Anual de Cambios

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

Humana®

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

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

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

Beneficios esenciales con los que puede contar

Dental, visión y audición

Cobertura de medicamentos recetados

$0 exámenes preventivos de detección*

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

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

No se requiere ninguna acción para conservar su plan.

Próximas fechas para explorar sus opciones:

- ▶ **Hoy**

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

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

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

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

Esto es lo que puede hacer a continuación

Para obtener una vista completa y personalizada, **escanee el código QR** para iniciar sesión o registrarse en MyHumana o visite **es-www.Humana.com/PlanDocuments**

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

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

Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) offered by Humana Benefit Plan of Illinois, Inc. (Humana)

Notificación anual de cambios para 2027

INTRODUCCIÓN

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

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Puede obtener esta *Notificación anual de cambios* de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para afiliados al 800-787-3311, TTY 711, entre las 8 am y las 8 pm los siete días de la semana, del 1 de oct. al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de sept. La llamada es gratuita.
- Una vez que recibamos su solicitud, todas las comunicaciones futuras exigidas por el estado se proporcionarán en el formato que usted elija. Si no podemos proporcionarle los materiales impresos en el formato solicitado, usted podrá recibir dichas comunicaciones por teléfono con la ayuda de un intérprete.
- Si elige cambiar su solicitud permanente, puede llamar al Servicios para afiliados al 800-787-3311, TTY 711 para actualizar su solicitud.

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

Índice

A. Descargos de responsabilidad 5
B. Revisión de su cobertura de Medicare e Illinois Medicaid (Medicaid) para el próximo año 5
B1. Información sobre Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) 5
B2. Pasos importantes a seguir 5
C. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red 7
D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 7
D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos 7
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos 13
D3. Etapa 1: "Etapa de cobertura inicial" 15
D4. Etapa 2: "Etapa de cobertura catastrófica" 17
E. Cómo elegir un plan 17
E1. Permanecer en nuestro plan 17
E2. Cambiar de plan 18
F. Cómo obtener ayuda 24
F1. Nuestro plan 24
F2. Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (Senior Health Insurance Program) 24
F3. Programa del Defensor del Paciente de Atención en el Hogar (Home Care Ombudsman Program) 24
F4. Medicare 25
F5. Illinois Medicaid 25
F6. El Plan de Pago de Medicamentos de Medicare 26
F7. Recursos adicionales 26

A. Descargos de responsabilidad

Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) es un plan HMO SNP de Necesidades Especiales para Doble Elegibilidad con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Illinois Medicaid. La afiliación a este plan de Humana depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Illinois Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.

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

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

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

Si elige salir de nuestro plan, su membresía finalizará el último día del mes en que se realizó su solicitud. Seguirá participando en los programas de Medicare y Medicaid de Illinois siempre que sea elegible.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección F4**.
- Opciones de Illinois Medicaid en la **Sección F5**.

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

- Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contratos tanto con Medicare como con Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a afiliados.
- Cuando esta *Notificación anual de cambios* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP).

B2. Pasos importantes a seguir

- **Verifique si hay cambios en nuestros beneficios y costos que puedan afectarle.**

- ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
- Revise los cambios en los beneficios para asegurarse de que funcionarán para usted el próximo año.
- Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.

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

Si decide quedarse con Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP):
Si desea permanecer con nosotros el próximo año, es fácil. No tiene que hacer nada. Si no realiza ningún cambio, permanecerá inscrito automáticamente en Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP).

Si decide cambiar de plan:
Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección E2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, o cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

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

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

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2027.

Consulte el Directorio de proveedores y farmacias *de 2027* para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) o su farmacia están en nuestra red. Hay un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en **es-www.Humana.com/FindCare** También puede llamar a Servicios para afiliados a los números que aparecen al pie de la página para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Es importante que sepa que es posible que también hagamos cambios a nuestra red durante el año. Si su proveedor deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Afiliados* o llame a Servicios para afiliados al número que aparece al pie de la página para obtener ayuda.

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

D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

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

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Monitor continuo de glucosa (CGM)	El CGM en una farmacia **no está** cubierto	Copago de **$0** para los Monitores Continuos de Glucosa (CGM) Preferidos que están cubiertos en farmacias. Los CGM preferidos son Dexcom y Freestyle Libre. *Es posible que se requiera autorización previa

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Servicios dentales (Continúa en la página siguiente)	**DEN198** El plan cubre una asignación de hasta **$500** 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: • Servicios dentales preventivos, tales como exámenes, limpiezas de rutina, etc.	**DEN294** Su beneficio se puede utilizar para la mayoría de los tratamientos dentales, tales como: • Servicios dentales preventivos, como exámenes, limpiezas de rutina, etc. • Servicios dentales básicos, tales como empastes, extracciones, etc. • Servicios dentales mayores, tales como raspado periodontal, coronas, dentaduras postizas, conductos radiculares, puentes, etc. Nota: El beneficio no se puede usar en servicios cosméticos.
Servicios dentales (Continuación)	• Servicios dentales básicos, tales como empastes, extracciones, etc. • Servicios dentales mayores, tales como raspado periodontal, coronas, dentaduras, conductos radiculares, puentes, etc. Nota: La asignación no puede utilizarse en flúor, servicios cosméticos e implantes.	

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Servicios para la audición (Continúa en la página siguiente)	**HER905** • Copago de **$0** por adaptación/ evaluación, exámenes auditivos de rutina hasta 1 por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$750** para la elección de cada audífono de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) o recetado (de todo tipo), hasta 1 por oído por año.	**HER090** • Copago de **$0** por pruebas auditivas básicas y avanzadas cubiertas cuando sean médicamente necesarias. • Copago de **$0** por evaluación del estado de rehabilitación auditiva relacionada con implante coclear cubierta cuando sea médicamente necesaria. • Copago de **$0** por pruebas y evaluación relacionadas con audífonos, orientación sobre audífonos y adaptación de audífonos cubiertos cuando sean médicamente necesarios. • Copago de **$0** por accesorios para audífonos cubiertos cuando sean médicamente necesarios. • **$0** por reparaciones y modificaciones de audífonos cubiertas cuando sean médicamente necesarias. • Copago de **$0** por moldes auriculares no desechables hasta 2 por año. • Copago de **$0** por baterías para audífonos hasta 16 cada 60 días. • Copago de **$0** por Dispositivos de Asistencia para la Escucha (ALDs) cubiertos cuando sean médicamente necesarios.
Servicios para la audición (Continuación)		• **$2000** monto de cobertura máxima del beneficio para audífonos de venta libre o audífonos con receta (de todos los tipos), hasta 2 por año.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Programa de comidas Well Dine® de Humana	Copago de **$0** por el programa de comidas Well Dine® de Humana. Después de su hospitalización de paciente internado en un hospital o centro de enfermería, es posible que sea elegible para recibir 2 comidas entregadas a domicilio por día durante 7 días (hasta 14 comidas). Las comidas deben solicitarse dentro de 30 días del alta de su estadía como paciente hospitalizado. Límite de 4 veces por año.	El Programa de Comidas Humana Well Dine® **no está** cubierto
De venta libre (Over the Counter, OTC) (cubierto por Illinois Medicaid)	Cubierto cuando es médicamente necesario bajo Illinois Medicaid.	Usted recibe medicamentos OTC a través de Humana Healthy Options Allowance®. Consulte *Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos Humana Healthy Options Allowance® dentro de este documento o el Capítulo 4, Sección D del Manual para Afiliados para información adicional.
Respuesta Personal de Emergencia (cubierto por Illinois Medicaid)	Cubierto bajo Illinois Medicaid Servicios de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) **Sistema de Respuesta Personal de Emergencia (PERS)** Dispositivo electrónico para afiliados 21 años o más que permite a ciertos individuos con alto riesgo de institucionalización obtener ayuda en una emergencia. El individuo también puede usar un botón portátil de "ayuda" para permitir la movilidad.	Usted puede recibir su sistema de respuesta personal de emergencia a través de la Asistencia para el Cuidado de Condiciones Crónicas. Consulte el Capítulo 4, Sección D, la fila Ayuda con Ciertas Condiciones Crónicas de su Manual para Afiliados para más detalles.
***Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas** Humana Healthy Options Allowance®	**$260** de asignación mensual en una tarjeta de gastos prepagada. Todos los afiliados del plan reciben esta cantidad para comprar productos aprobados de venta sin receta (OTC) de salud y bienestar en minoristas participantes o a través del proveedor	Asignación mensual de **$265** en una tarjeta de gasto prepagada. Todos los afiliados del plan reciben esta cantidad para comprar productos aprobados de venta sin receta (OTC) de salud y bienestar en minoristas participantes o a través del

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	aprobado de pedidos por correo de productos OTC del plan. Además, los afiliados también pueden usar este dinero para compras de alimentos elegibles, servicios públicos, renta y más si tienen ciertas afecciones crónicas elegibles y cumplen otros criterios del programa. Cualquier cantidad no utilizada se acumula cada mes y vence al final del año del plan o al darse de baja, lo que ocurra primero. *Esta asignación para gastos es un programa especial para afiliados con afecciones de salud específicas. Entre las afecciones que califican se incluyen la diabetes mellitus, los trastornos cardiovasculares, las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, los trastornos pulmonares crónicos o la insuficiencia. cardíaca, entre otras. Algunos planes requieren al menos dos afecciones y aplican otros requerimientos. Consulte el Manual para Afiliados del plan para más detalles. Si utiliza este programa para la renta o servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que esto se informe como ingreso si busca asistencia. Si tiene preguntas, contacte a la oficina del HUD local.	proveedor aprobado de pedidos por correo de productos OTC del plan. Además, los afiliados también pueden usar este dinero para compras elegibles de alimentos, servicios públicos, alquiler y más si tienen ciertas afecciones crónicas graves o incapacitantes elegibles y cumplen otros criterios del programa. Cualquier cantidad no utilizada se acumula cada mes y vence al final del año del plan o al darse de baja, lo que ocurra primero. *Esta asignación de gastos es un programa de beneficios suplementarios especiales para afiliados con condiciones crónicas específicas que requieren coordinación intensiva de atención y tienen un alto riesgo de hospitalización u otros resultados de salud adversos. Entre las afecciones que califican se incluyen la diabetes mellitus, los trastornos cardiovasculares, las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, los trastornos pulmonares crónicos o la insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Consulte el Manual para Afiliados del plan para obtener más detalles. Si utiliza este programa para la renta o servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que esto se informe como ingreso. Comuníquese con su oficina local de HUD si tiene preguntas.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Cuidado de la visión **Servicios para la vista rutinarios:**	**VIS780** • Copago de **$0** por examen rutinario, hasta 1 por año. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$300** por año para lentes de contacto o anteojos: lentes y monturas, ajustes para anteojos: lentes y monturas. • Es posible que haya opciones de lentes para anteojos disponibles con el monto máximo de cobertura del beneficio de hasta 1 par por año. • El monto máximo de cobertura del beneficio está limitado a un solo uso por año.	**VIS603** • Copago de **$0** por examen rutinario, hasta 1 por año. • Copago de **$0** por examen de baja visión, hasta 1 cada 2 años. • Copago de **$0** por lentes de contacto médicamente necesarias hasta 1 por año para ciertas condiciones. • Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$200** por año para lentes de contacto o anteojos-lentes y monturas, ajustes para anteojos-lentes y monturas. • Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con el monto máximo de cobertura del beneficio hasta 1 par por año. • Monto máximo de cobertura de **$1,000** 1 vez cada 2 años para ayudas de baja visión. • El monto máximo de cobertura está limitado a un uso por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y armazones) y un uso cada 2 años para ayudas de baja visión.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Visión (cubierto por Illinois Medicaid)	Exámenes de la Vista • 1 por año; el límite puede superarse si el optometrista o médico documenta la necesidad de un examen adicional. • Lentes • 1 par de anteojos o juego de lentes en un período de 24 meses Se permite un par adicional de anteojos o juego de lentes dentro del período de 24 meses si el afiliado ha tenido un procedimiento quirúrgico que requiere un nuevo par	Usted recibe los Servicios de Visión a través de sus servicios de visión de rutina. Consulte Atención Visual, servicios de visión de rutina en este documento o el **Capítulo 4, Sección D** de su *Manual para Afiliados* para más información.
Programa Virtual de Recuperación Cardíaca de Flexibilidad de Uniformidad	El Virtual Cardiac Recovery Program **no está** cubierto	Copago de **$0** por un programa virtual de recuperación cardíaca prestado a través de telesalud, con hasta 36 sesiones cubiertas para apoyar la recuperación y reducir el riesgo de readmisión hospitalaria. La cobertura está disponible después de hospitalizaciones para afiliados con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), Hipertensión, Neumonía o Enfermedad Respiratoria.

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

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

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

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

La mayoría de los cambios en *la Lista de Medicamentos* son nuevos a partir del comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos por Medicare y/o el estado que le afecten durante el

año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de Medicamentos* en línea al menos mensualmente para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afecte a un medicamento que usted toma, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

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

- Trabaje con su médico (u otro profesional que recete) para encontrar un medicamento diferente que sí cubramos.
    - Puede llamar a Servicios para afiliados a los números que aparecen al pie de la página o comunicarse con su coordinador de atención para solicitar una *Lista de Medicamentos Cubiertos* que traten la misma condición.
    - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.
- Pídanos que cubramos un suministro temporal del medicamento.
    - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
    - Este suministro temporal es por hasta 30 o 31 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Afiliados*.)
    - Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Es posible que deba presentarse una nueva excepción. Si un medicamento que toma será eliminado de nuestro *Lista de medicamentos* o limitado de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año. Hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, presentar una solicitud de excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede consultar el **Capítulo 5, Sección D3** de su *Manual para Afiliados* o comunicarse con Servicios para afiliados, al número que aparece en la parte inferior de la página para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos

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

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

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

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

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

D3. Etapa 1: "Etapa de cobertura inicial"

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

Trasladamos algunos de los medicamentos de nuestro *Lista de medicamentos* a un nivel de medicamento inferior o superior. Si sus medicamentos se trasladan de un nivel a otro, su copago podría modificarse. Para saber si sus medicamentos están en un nivel diferente, búsquelos en nuestra *Lista de Medicamentos.*

La siguiente tabla muestra sus costos por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con copagos estándar en cada uno de nuestros 5 niveles de medicamentos. Estos montos aplican **únicamente** durante el período en que usted se encuentre en la Etapa de cobertura inicial.

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

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

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos en el Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos Costo para el suministro de un mes de un medicamento que está en el Nivel 1 que se surte en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es **$0**. Su copago por una receta por correo de un mes (30 días) es **$0**.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es **$0**. Su copago por una receta de pedido por correo preferido de un mes (30 días) es **$0**.
Medicamentos en el Nivel 2 Medicamentos genéricos Costo por un suministro de un mes de un medicamento del Nivel 2 surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es **$0**. Su copago por una receta por correo de un mes (30 días) es **$0**.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es **$0**. Su copago por una receta de pedido por correo preferido de un mes (30 días) es **$0**.
Medicamentos en el Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 3 que se surte en una farmacia de la red	Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.60**, o **$5.10** Para medicamentos de marca: **$0**, **$4.90**, o **$12.65**	Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.65**, o **$5.80** Para medicamentos de marca: **$0**, **$5**, o **$14.40**
Medicamentos en el Nivel 4 Medicamentos no preferidos Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 4 que se surte en una farmacia de la red	Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.60**, o **$5.10** Para medicamentos de marca: **$0**, **$4.90**, o **$12.65**	Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.65**, o **$5.80** Para medicamentos de marca: **$0**, **$5**, o **$14.40**
Medicamentos en el Nivel 5 Nivel de medicamentos especializados Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 5 que se surte en una farmacia de la red	Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.60**, o **$5.10** Para medicamentos de marca: **$0**, **$4.90**, o **$12.65**	Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.65**, o **$5.80** Para medicamentos de marca: **$0**, **$5**, o **$14.40**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos en el Nivel 6 Medicamentos selectos Costo de un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 6 que se surte en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es **$0**. Su copago por una receta por correo de un mes (30 días) es **$0**.	No disponible
Cobertura de medicamento(s) excluido(s)	Ciertos medicamentos para la disfunción eréctil están cubiertos con costos compartidos del Nivel 1 según el lugar Ciertas vitaminas recetadas están cubiertas con costos compartidos del Nivel 1 según el lugar	Medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil: No cubiertos Vitaminas con receta seleccionadas: No cubiertas

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

D4. Etapa 2: "Etapa de cobertura catastrófica"

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

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

E. Cómo elegir un plan

E1. Permanecer en nuestro plan

Esperamos que continúe como afiliado del plan. No necesita hacer nada para permanecer en nuestro plan. A menos que se inscriba en un plan de Medicare diferente o cambie a Medicare Original, permanecerá inscrito automáticamente como afiliado de nuestro plan para 2027.

E2. Cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su afiliación en determinados momentos del año. Debido a que tiene Illinois Medicaid, tiene algunas opciones para dar por terminada su membresía en nuestro plan, incluido cualquier mes del año.

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

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

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

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

Sus servicios de Medicare

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

1. Puede cambiar a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Otro plan que proporciona su Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como plan de necesidades especiales integrado para personas con doble elegibilidad (D-SNP) o un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), si califica.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), para saber si es elegible y si hay un programa PACE cerca de usted, busque planes PACE en su área en www.medicare.gov/plan-compare/#/pace?year=2026&lang=en. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. TTY 1-888-206-1327 de lunes – a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de SHIP en su área, visite ilaging.illinois.gov/ship **o** Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
2. Puede cambiar a: **Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado** Si abandona el Plan Medicare-Medicaid, recibirá sus servicios de Medicaid a través del pago por servicio o se le requerirá que se inscriba en el programa de Servicios y Apoyos de Largo Plazo Administrados (MLTSS) para recibir sus servicios de Medicaid. Si está inscrito en un programa MLTSS, recibirá algunos servicios que no son pagados por Medicare de manera primaria a través del pago por servicio y su centro de enfermería especializada o los Servicios Domiciliarios y Comunitarios mediante exención a través del programa MLTSS. Si no está en una instalación de enfermería ni inscrito en	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Senior Health Insurance Program (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. TTY 1-888-206-1327 lunes – a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o encontrar una oficina local de SHIP en su área, visite ilaging.illinois.gov/ship **o**

un programa de exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés), recibirá sus servicios de Medicaid a través del servicio por honorarios. Puede usar cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes. Si está en una instalación de enfermería o está inscrito en un programa de exención de HCBS, se le requerirá inscribirse en el programa MLTSS para recibir sus servicios. Recibirá otros servicios que no son pagados por Medicare a través del servicio por honorarios. Para elegir un plan de salud MLTSS, puede llamar a Illinois Client Enrollment Services al 1-877-912-8880 de 8 a.m. a 6 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que desea salir de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) e incorporarse a un plan de salud MLTSS. Si no elige un plan de salud de Servicios y Apoyos de Largo Plazo Administrados (MLTSS), se le asignará al plan de salud MLTSS de nuestra compañía.	Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original. Para elegir un plan de salud MLTSS, puede llamar a Illinois Client Enrollment Services al 1-877-912-8880 de 8 a.m. a 6 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.

3. Puede cambiar a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado si tiene un motivo de desafiliación válido Si sale del Medicare-Medicaid Plan, recibirá sus servicios de Medicaid a través del servicio por honorarios o se le requerirá inscribirse en el programa de Servicios y Apoyos de Largo Plazo Administrados (MLTSS, por sus siglas en inglés) para recibir sus servicios de Medicaid. Si está inscrito en un programa MLTSS, recibirá algunos servicios que no son pagados por Medicare de forma primaria a través del servicio por honorarios, y sus servicios de instalación de enfermería o de exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad a través del programa MLTSS. Si no está en una instalación de enfermería ni inscrito en un programa de exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés), recibirá sus servicios de Medicaid a través del servicio por honorarios. Puede usar cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes. Si está en una instalación de enfermería o está inscrito en un programa de exención de HCBS, se le requerirá inscribirse en el programa MLTSS para recibir sus servicios de instalación de enfermería o de exención de HCBS. Recibirá otros servicios que no son pagados por Medicare a través del servicio por honorarios. Para elegir un plan de salud MLTSS, puede llamar a Illinois Client Enrollment Services al 1-877-912-8880 de 8 a.m. a 6 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que desea salir de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) e incorporarse a un plan de salud MLTSS. Si no elige un plan de salud de Servicios y Apoyos de Largo Plazo Administrados (MLTSS), se le asignará al plan de salud MLTSS de nuestra compañía.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al The Senior Health Insurance Program (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. TTY 1-888-206-1327 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Puede visitar el sitio web en ilaging.illinois.gov/ship Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original. Para elegir un plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois, puede llamar a los Servicios de Inscripción para Clientes de Illinois al 1-877- 912-8880 de 8 a.m. a 6 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.

3. Puede cambiar a: **Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare separado (continuación)** **NOTA:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no desea unirse. Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de seguro médico para personas mayores (SHIP, por sus siglas en inglés) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. TTY 1-888-206-1327 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Puede visitar el sitio web en ilaging.illinois.gov/ship.html.	

4. Usted puede cambiarse a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos períodos del año, incluidos el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **Sección E2**. Si sale del Medicare-Medicaid Plan, recibirá sus servicios de Medicaid a través del servicio por honorarios o se le requerirá inscribirse en el programa de Servicios y Apoyos de Largo Plazo Administrados (MLTSS, por sus siglas en inglés) para recibir sus servicios de Medicaid. Si está inscrito en un programa MLTSS, recibirá algunos servicios que no son pagados por Medicare de forma primaria a través del pago por servicio y su instalación de enfermería o los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) a través del programa MLTSS. Si no se encuentra en una instalación de enfermería ni está inscrito en una Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS), recibirá sus servicios de Medicaid a través del pago por servicio. Puede usar cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes. Si se encuentra en una instalación de enfermería o está inscrito en una Exención HCBS, se le requerirá inscribirse en el programa MLTSS para recibir sus servicios. Recibirá otros servicios que no son pagados por Medicare a través del pago por servicio. Para elegir un plan de salud MLTSS, puede llamar a Illinois Client Enrollment Services al 1-877-912-8880 de 8 a.m. a 6 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que desea salir de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) y unirse a un plan de salud MLTSS. Si no elige un plan de salud de Servicios y Apoyos a Largo Plazo Administrados (MLTSS), se le asignará al plan de salud MLTSS de nuestra compañía.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), para saber si es elegible y si hay un programa PACE cerca de usted, busque planes PACE en su área en www.medicare.gov/plan-compare/#/pace?year=2026&lang=en. Si necesita ayuda o más información: Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. TTY 1-888-206-1327 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Puede visitar el sitio web en ilaging.illinois.gov/ship **o** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Para elegir un plan de salud MLTSS, puede llamar a Illinois Client Enrollment Services al 1-877-912-8880 de 8 a.m. a 6 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.

Sus servicios de Medicaid de Illinois

Si tiene preguntas sobre cómo recibir sus servicios de Medicaid de Illinois después de abandonar nuestro plan, comuníquese con la Línea de Ayuda de Beneficios de Salud al 1-800-226-0768 de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a

viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204- 1012. Pregunte cómo afecta a su cobertura de Medicaid de Illinois unirse a otro plan o regresar a Medicare Original.

F. Cómo obtener ayuda

F1. Nuestro plan

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

Lea su Manual para Afiliados

Su *Manual para Afiliados* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre los beneficios y los costos para 2027. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos que cubrimos.

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

Nuestro sitio web

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

F2. Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (Senior Health Insurance Program)

También puede llamar al programa estatal de seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés). En Illinois, el SHIP se llama Programa de Seguros de Salud para Personas Mayores (Senior Health Insurance Program). El SHIP puede ayudarle a entender sus opciones de plan y responder preguntas sobre el cambio de planes. SHIP no tiene ninguna relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El SHIP cuenta con consejeros capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de SHIP es 1-800-252-8966 TTY 1-888-206-1327. Para obtener más información o encontrar una oficina local de SHIP en su área, visite ilaging.illinois.gov/ship.

F3. Programa del Defensor del Paciente de Atención en el Hogar (Home Care Ombudsman Program)

El Programa del Defensor del Pueblo puede ayudarle si tiene un problema con nuestro plan. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa del Defensor del Pueblo:

- actúa como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o queja y pueden ayudarle a entender qué hacer.

- se asegura de que usted tenga información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
- no tiene ninguna conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa del Defensor del Pueblo es 1-800-252-8966.

F4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Si decide darse de baja de nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar planes.

Puede encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, consulte www.medicare.gov y haga clic en "Find plans".)

Medicare y Usted 2027

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

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

F5. Illinois Medicaid

Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y el estado, que ayuda a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos extra que no cubre Medicare.

Cada estado decide:

- qué se considera ingreso y recursos,

- quién califica,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre que respeten las normas federales.

Medicare y el estado de Illinois aprobaron nuestro plan. Usted puede recibir los servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, siempre que:

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

Aunque nuestro plan deje de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medicaid no se verá afectada.

F6. El Plan de Pago de Medicamentos de Medicare

El Medicare Prescription Payment Plan es una opción de pago que puede ayudarle a manejar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre) en pagos mensuales. Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Si está participando en el Medicare Prescription Payment Plan y permanece en el mismo plan de la Parte D, no necesita hacer nada para continuar participando en 2027. Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus gastos totales de desembolso personal por medicamentos. La "Ayuda Adicional" de Medicare y la ayuda del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), para quienes califiquen, es más ventajosa que participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página o visite www.Medicare.gov.

F7. Recursos adicionales

Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)

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

Servicios Ryan White CARE y HOPWA

Dirección:

Programa de Asistencia de Medicamentos de Illinois

525 W. Jefferson Street, 1er Piso

Springfield, IL 62761

Número de teléfono: 800-825-3518

FAX: 217-785-8013

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

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

Aviso de No Discriminación

Humana, Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad de origen, estatus militar, estatus de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana, Inc.:

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

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

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o por teléfono a:

- Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, Edificio HHH, Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).**

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

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

GHHNDN2026HUM_0526

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GHHNOA2026HUM_0526

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

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

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

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

ພາສາລາວ [Lao]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Listo para revisar? Estamos aquí para ayudarle.

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

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

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

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

Para obtener copias impresas de estos documentos, llame al **800-787-3311 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Tenga a mano su tarjeta de identificación de afiliado de Humana. Cuando se le pregunte el motivo de su llamada, diga “Manual para Afiliados” o “*Directorio de Proveedores y Farmacias*”. Por favor, permita hasta dos semanas para recibir los documentos por correo.

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

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

Humana®

Y0040_GHHMNWWSP_C

Humana Inc.
101 E Main Street
Louisville, KY 40202

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

Humana®

H4329_ANOC_MAPD_HMO_001000_2027_SP_M H4329001000ANOCSP27