2027

# Notificación Anual de Cambios

**Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) H4939-001-000**
Este es un Plan de Necesidades Especiales Completamente Integrado para Beneficiarios Duales (FIDE).
Indiana

Humana. PathWays FOR AGING DUAL CARE

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

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

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

## Beneficios esenciales con los que puede contar



**Dental, visión y audición**



**Cobertura de medicamentos recetados**



**$0 exámenes de detección preventiva***

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

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

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

**Próximas fechas para explorar sus opciones:**

- ▶ **Hoy**

  Compare los detalles de su plan de Medicare y Medicaid 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 PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) ofrecido por Arcadian Health Plan, 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 866-274-5888, 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.
- Si prefiere recibir sus comunicaciones escritas en un formato alternativo, como braille, letra grande, audio u otro idioma, comuníquese con Servicios para afiliados al 866-274-5888, TTY (711).
- 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 decide cambiar su solicitud permanente, puede llamar a Servicios para afiliados al 866-274-5888, TTY (711) para actualizar su solicitud.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)

# Índice

A. Descargos de responsabilidad ..... 5
B. Revisión de su cobertura de Medicare e Indiana PathWays for Aging (Medicaid) para el próximo año ..... 5
B1. Información sobre Humana PathWays Dual Care (HMO-POS 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 para el próximo año ..... 7
D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos ..... 7
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos ..... 14
D3. Etapa 1: "Etapa de cobertura inicial" ..... 16
D4. Etapa 2: "Etapa de cobertura catastrófica" ..... 18
E. Cómo elegir un plan ..... 18
E1. Permanecer en nuestro plan ..... 18
E2. Cambiar de plan ..... 18
F. Cómo obtener ayuda ..... 24
F1. Nuestro plan ..... 24
F2. Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado de Indiana (SHIP) ..... 24
F3. Defensor del Paciente de Cuidado a Largo Plazo de Indiana ..... 24
F4. Medicare ..... 25
F5. Indiana PathWays for Aging ..... 26
F6. El Plan de Pago de Medicamentos de Medicare ..... 26
F7. Recursos Adicionales ..... 26

## A. Descargos de responsabilidad

Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (HMO D-SNP) con un contrato de Medicare y un contrato de Medicaid con Indiana Medicaid. La afiliación a este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

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 Indiana PathWays for Aging (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.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección E2**.
- Indiana PathWays for Aging y las opciones en la **Sección E2**.

### B1. Información sobre Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP)

- Humana PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP).

### B2. Pasos importantes a seguir

- **Verifique si hay cambios en nuestros beneficios 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 PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS 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 un costo compartido menor que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2027.

Revise *el Directorio de Proveedores y Farmacias* de 2027 para saber si sus proveedores (proveedor médico principal, especialistas, hospitales, etc.) o su farmacia forman parte de nuestra red. Un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en **es-www.Humana.com/FindCare**. También puede llamar a Servicios para afiliados a los números que aparecen al parte inferior 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 página para obtener ayuda.

## D. Cambios en los beneficios para el próximo año

### D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

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

| | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Acupuntura (de rutina)** | Copago de **$0** por consultas de acupuntura, hasta 12 consultas por año. | La acupuntura (de rutina) no está cubierta. |
| **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.<br><br>*Es posible que se requiera autorización previa |

| | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios dentales (Continúa en la página siguiente)** | **DENH54**<br>• Copago de $**0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda) hasta 1 por cuadrante cada 3 años.<br>• Copago de $**0** por evaluación oral integral o examen periodontal, ajuste oclusal, raspado por inflamación moderada, hasta 1 cada 3 años. | **DEN262**<br>• Copago de **$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda) hasta 1 por cuadrante cada 3 años.<br>• Copago de **$0** por evaluación oral integral o examen periodontal, ajuste oclusal, raspado por inflamación moderada, hasta 1 cada 3 años. |
| **Servicios dentales (Continuación)** | • Copago de **$0** por recementación de puentes, puentes-póntico, recementación de coronas, radiografía panorámica o radiografías diagnósticas hasta 1 cada 5 años.<br>• Copago de **$0** por puentes-corona hasta 2 cada 5 años.<br>• Copago de **$0** por corona, otros servicios restaurativos - reconstrucción del muñón y poste y núcleo prefabricado, tratamiento de conducto radicular, retratamiento de conducto radicular hasta 1 por diente por vida.<br>• Copago de **$0** por radiografías de aleta de mordida, radiografías intraorales, hasta 1 juego(s) por año.<br>• Copago de **$0** por examen de diagnóstico de emergencia, hasta 1 por año. | • Copago de **$0** por recementación de puentes, puentes-póntico, recementación de coronas, radiografía panorámica o radiografías diagnósticas hasta 1 cada 5 años.<br>• Copago de **$0** por puentes-corona hasta 2 cada 5 años.<br>• Copago de **$0** por corona, otros servicios restaurativos - reconstrucción del muñón y poste y núcleo prefabricado, tratamiento de conducto radicular, retratamiento de conducto radicular hasta 1 por diente por vida.<br>• Copago de **$0** por radiografías de aleta de mordida, examen de diagnóstico de emergencia, radiografías intraorales hasta 1 por año. |

| | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | • Copago de **$0** por tratamiento de emergencia para dolor, cirugía oral, examen oral periódico, profilaxis (limpieza) hasta 2 por año.<br>• Copago de **$0** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.<br>• Copago de **$0** por anestesia necesaria con servicio cubierto hasta según sea necesario con códigos cubiertos por año.<br>• Copago de **$0** por empaste de amalgama y/o de resina compuesta, extracción simple o quirúrgica, sin límite por año.<br>• Cantidad máxima de cobertura de beneficios combinados de **$2,500** por año para todos los beneficios de diagnóstico/preventivos y beneficios integrales. | • Copago de **$0** por tratamiento de emergencia para dolor, cirugía oral, examen oral periódico, profilaxis (limpieza) hasta 2 por año.<br>• Copago de **$0** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.<br>• Copago de **$0** por anestesia necesaria con servicio cubierto hasta según sea necesario con códigos cubiertos por año.<br>• Copago de **$0** por empaste de amalgama y/o de resina compuesta, extracción simple o quirúrgica, sin límite por año.<br>Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las exclusiones, limitaciones y/o cantidades máximas del beneficio dentro de la red. |

| | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios para la audición** | **HER945**<br>• Copago de **$0** por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.<br>• Copago de **$0** por consultas de seguimiento con el proveedor, sin límite por año.<br>• Copago de **$0** por cada audífono de nivel Avanzado, hasta 1 por oído cada 3 años.<br>• Nota: Incluye 80 baterías por audífono y garantía de 3 años.<br>• Visitas de seguimiento ilimitadas con el proveedor durante el primer año tras la compra del audífono TruHearing. | **HER101**<br>• Copago de **$0** por exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.<br>• Copago de **$0** por consultas de seguimiento con el proveedor hasta 3 por año.<br>• Copago de **$0** por cada audífono de receta de Nivel 2 hasta 1 por oído por año.<br>• Nota: Incluye 3 años de baterías por audífono no recargable (hasta 60 pilas por oído, por año) y garantía de 3 años.<br>• Tres visitas de seguimiento con el proveedor durante el primer año posterior a la compra del audífono, con el proveedor original. |

| | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios de Audición (cubiertos por Indiana Pathways for Aging)**<br><br>**(Continúa en la página siguiente)** | • Pruebas de audición.<br>• Audífonos<br>○ Audífonos monoaurales y de tipo CROS<br>○ Audífonos biaurales<br>○ Mantenimiento y reparación<br>○ Reposición, una vez cada cinco años<br>○ Cargo único de dispensación<br>• Evaluaciones audiológicas, una vez cada tres años | • Pruebas de audición.<br>• Auxiliares auditivos<br>○ Auxiliares auditivos monaurales y de tipo CROS<br>○ Auxiliares auditivos binaurales<br>○ Evaluaciones de auxiliares auditivos<br>○ Mantenimiento y reparación<br>○ Reemplazo, una vez cada cinco años<br>○ Cargo único de dispensación<br>• Evaluaciones audiológicas, una vez cada tres años<br>• Servicios de verificación de dispositivos auditivos<br>• Servicios suplementarios de adaptación tecnológica |
| **Servicios de Audición (Indiana Pathways for Aging Cubierto)**<br><br>**(Continuación)** | | • Implantes cocleares |

| | 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 a partir del alta de su estadía hospitalaria como paciente interno. Límite de 4 veces por año.<br><br>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.<br><br>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. | Copago de **$0** para Humana Well Humana Well Dine®. 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 a partir del alta de su estadía hospitalaria como paciente interno. Límite de 4 veces por año. |
| **Teléfono inteligente (Indiana Pathways for Aging Cubierto)** | Teléfono inteligente (Indiana Pathways for Aging Cubierto) **no está** cubierto | 1 teléfono inteligente gratuito con servicio mensual de llamadas, mensajes de texto y datos por hogar para afiliados de 18 años o más que califiquen para el Programa Federal Lifeline. |
| ***Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas**<br><br>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 | **$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 |

| | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | participantes o a través del proveedor aprobado de pedidos por correo de productos OTC del plan. Además, los afiliados también pueden usar este dinero para compras 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. | participantes o a través del proveedor aprobado de pedidos por correo de productos OTC del plan. Además, los afiliados también pueden usar este dinero para compras elegibles de alimentos, servicios públicos, alquiler y más si tienen ciertas afecciones crónicas graves o incapacitantes elegibles y cumplen otros criterios del programa. Cualquier cantidad no utilizada se acumula cada mes y vence al final del año del plan o al darse de baja, lo que ocurra primero.<br><br>Esta asignación de gastos es un programa de beneficios suplementarios especiales para afiliados con afecciones 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.<br><br>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) |
|---|---|---|
| **Programa Virtual de Recuperación Cardíaca de Flexibilidad Uniforme** | El Programa Virtual de Recuperación Cardíaca **no está** cubierto | Copago de **$0** por un programa virtual de recuperación cardíaca prestado a través de telesalud, con hasta 36 sesiones cubiertas para apoyar la recuperación y reducir el riesgo de readmisión hospitalaria. La cobertura está disponible después de estadías como paciente interno para afiliados con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), Hipertensión, Neumonía o Enfermedad Respiratoria. |
| **Atención de la Vista (de Rutina)** | **VIS601**<br>• Copago de **$0** por examen rutinario, hasta 1 por año.<br>• **$350** monto máximo de cobertura del beneficio por año para lentes de contacto o anteojos: lentes y monturas, adaptación de anteojos: lentes y monturas.<br>• Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con el monto máximo de cobertura del beneficio hasta 1 par por año.<br>• El monto máximo de cobertura del beneficio está limitado a un uso por año. | **VIS610**<br>• Copago de **$0** por examen rutinario, hasta 1 por año.<br>• **$300** monto máximo de cobertura del beneficio por año para lentes de contacto o anteojos: lentes y monturas, adaptación de anteojos: lentes y monturas.<br>• Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con el monto máximo de cobertura del beneficio hasta 1 par por año.<br>• El monto máximo de cobertura del beneficio está limitado a un uso por año. |

## D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

### Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

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

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

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

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

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

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

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el **Capítulo 9** de su *Manual para Afiliados* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, presentar una excepción y/o buscar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicios para afiliados para obtener más información.

**Cambios en los costos de los medicamentos**

Debido a que usted es elegible para Indiana PathWays for Aging, 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<br>Etapa de cobertura inicial | ETAPA 2<br>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.<br><br>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.<br><br>Usted comienza esta etapa cuando haya pagado determinada cantidad en concepto de costos de desembolso personal. |

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

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

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

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

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

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

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

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

| | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Medicamentos en el Nivel 1**<br><br>(Medicamento genérico preferido)<br><br>Costo de un suministro de un mes de un medicamento 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**.<br><br>Su copago por una receta de pedido por correo preferido de un mes (30 días) es **$0**. | Su copago por un suministro de un mes (30 días) es **$0**.<br><br>Su copago por una receta de pedido por correo preferido de un mes (30 días) es **$0**. |
| **Medicamentos en el Nivel 2**<br><br>(Genérico)<br><br>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**.<br><br>Su copago por una receta de pedido por correo preferido de un mes (30 días) es **$0**. | Su copago por un suministro de un mes (30 días) es **$0**.<br><br>Su copago por una receta de correo preferido de un mes (31 días) es **$0**. |
| **Medicamentos en el Nivel 3**<br><br>(Medicamento de marca preferido)<br><br>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.<br><br>Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.60**, o **$5.10**<br><br>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.<br><br>Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.65**, o **$5.80**<br><br>Para medicamentos de marca: **$0**, **$5**, o **$14.40** |
| **Medicamentos en el Nivel 4**<br><br>(Medicamento no preferido)<br><br>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.<br><br>Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.60**, o **$5.10**<br><br>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.<br><br>Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.65**, o **$5.80**<br><br>Para medicamentos de marca: **$0**, **$5**, o **$14.40** |
| **Medicamentos en el Nivel 5**<br><br>(Nivel de especialidad)<br><br>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.<br><br>Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.60**, o **$5.10**<br><br>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.<br><br>Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: **$0**, **$1.65**, o **$5.80**<br><br>Para medicamentos de marca: **$0**, **$5**, o **$14.40** |

La Etapa de cobertura inicial termina cuando sus gastos totales de desembolso personal alcanzan **$2,400**. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos sus medicamentos de la Parte D hasta el final del 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 Indiana PathWays for Aging, 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 termina 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) Período de inscripción abierta**, 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 Indiana PathWays for Aging o la Ayuda Adicional cambió, **o**
- recientemente se mudó a una institución o actualmente recibe atención en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo). Si recientemente salió de una institución,

puede cambiar de plan o cambiar a Medicare Original durante los dos meses completos posteriores al mes en que salió.

**Sus servicios de Medicare**

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

| **1. Puede cambiar a:** | **Esto es lo que debe hacer:** |
|---|---|
| **Otro plan que proporcione sus beneficios y servicios de Medicare y la mayor parte o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como plan de necesidades especiales para beneficiarios duales integrado (D-SNP) o un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), si usted reúne los requisitos.** | Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.<br><br>Para consultas sobre el Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE), información adicional sobre PACE, incluidas las áreas de servicio que califican, está disponible en la página del Program of All-Inclusive Care for the Elderly en www.in.gov/fssa/ddars/bba/program-of-all-inclusive-care-for-the-elderly/ en el sitio web de Indiana Family and Social Services (FSSA) Division of Aging.<br><br>Si necesita ayuda o más información:<br><br>• Llame al Indiana State Health Insurance Assistance Program (SHIP). La línea de la oficina central del SHIP es 1-800-452-4800. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del SHIP en su área, visite www.in.gov/ship/.<br><br>**o**<br><br>Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado.<br><br>Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.<br><br>Si se inscribe en un nuevo D-SNP, su plan Indiana PathWays for Aging cambiará al nuevo D-SNP. |

| **2. Puede cambiar a:** | **Esto es lo que debe hacer:** |
|---|---|
| **Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado** | Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.<br><br>Si necesita ayuda o más información:<br><br>• Llame al Indiana SHIP. La línea de la oficina central del SHIP es 1-800-452-4800. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del SHIP en su área, visite www.in.gov/ship/.<br><br>**o**<br><br>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare.<br><br>Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.<br><br>Usted permanecerá con la Entidad de Atención Administrada para su plan Indiana PathWays for Aging.<br><br>Sin importar qué plan de Medicare seleccione el afiliado, el programa PathWays requiere la coordinación de beneficios en la mayor medida posible entre el plan de salud Medicaid de PathWays y el plan de salud de Medicare del afiliado. |

| **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**<br><br>**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.<br><br>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 Indiana SHIP. La línea de la oficina central del SHIP es 1-800-452-4800. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del SHIP en su área, visite www.in.gov/ship/. | Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.<br><br>Si necesita ayuda o más información:<br><br>• Llame al Indiana SHIP. La línea de la oficina central del SHIP es 1-800-452-4800. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del SHIP en su área, visite www.in.gov/ship/.<br><br>Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.<br><br>Usted permanecerá con la Entidad de Atención Administrada para su plan Indiana PathWays for Aging.<br><br>Sin importar qué plan de Medicare seleccione el afiliado, el programa PathWays requiere la coordinación de beneficios en la mayor medida posible entre el plan de salud Medicaid de PathWays y el plan de salud de Medicare del afiliado. |

| **4. Usted puede cambiarse a:** | **Esto es lo que debe hacer:** |
|---|---|
| **Cualquier plan de salud de Medicare** durante ciertos períodos del año, incluidos el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **Sección E2**. | Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.<br><br>Información adicional sobre PACE, incluidas las áreas de servicio que califican, está disponible en la página del Program of All- Inclusive Care for the Elderly en www.in.gov/fssa/ddars/bba/program-of-all-inclusive-care-for-the-elderly/ en el sitio web de la División de Envejecimiento de Indiana Family and Social Services (FSSA).<br><br>Si necesita ayuda o más información:<br><br>• Llame al Indiana SHIP. La línea de la oficina central del SHIP es 1-800-452-4800. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del SHIP en su área, visite https://www.in.gov/ship/.<br><br>**o**<br><br>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.<br><br>Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.<br><br>Si se inscribe en un nuevo D-SNP, su plan Indiana PathWays for Aging cambiará al nuevo D-SNP.<br><br>Sin importar qué plan de Medicare seleccione el afiliado, el programa PathWays requiere la coordinación de beneficios en la mayor medida posible entre el plan de salud Medicaid de PathWays y el plan de salud de Medicare del afiliado. |

**Sus servicios de Indiana PathWays for Aging**

Para preguntas sobre cómo recibir sus servicios de Indiana PathWays for Aging después de salir de nuestro plan, llame al 1-877-284- 9294, o visite www.in.gov/pathways/home/. Pregunte cómo afecta a su cobertura de Indiana PathWays for Aging 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 Asistencia de Seguro de Salud del Estado de Indiana (SHIP)

También puede llamar al programa estatal de seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés). En Indiana, el SHIP se llama Indiana State Health Insurance Assistance Program (SHIP). El Indiana SHIP puede ayudarle a entender sus opciones de plan y responder preguntas sobre el cambio de planes. El Indiana SHIP no tiene ninguna relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El Indiana SHIP cuenta con consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del Indiana SHIP es 800-452-4800. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del Indiana SHIP en su área, visite www.in.gov/ship/.

## F3. Defensor del Paciente de Cuidado a Largo Plazo de Indiana

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 (Ombudsperson Program) es 800-622-4484 o 317-232-7134.

Este programa aboga por los residentes de:

- Hogares de enfermería
- Instalaciones de vida asistida
- Otros entornos de cuidado a largo plazo

El número de teléfono de la Oficina del Defensor del Pueblo de Cuidado a Largo Plazo del Estado (State Long-Term Care Ombudsman Office) es 800-622-4484 o 317-232-7134. También puede enviar un correo electrónico a la oficina a LongTermCareOmbudsman@ombudsman.IN.gov.

La dirección de la Oficina del Defensor del Paciente de Cuidado a Largo Plazo es 402 W. Washington St., Room W451, Indianapolis, IN 46207-7083.

## 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. Indiana PathWays for Aging

La Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana ofrece un programa para los residentes de Indiana de 60 años o más que reciben beneficios de Medicaid (o de Medicaid y Medicare).

## F6. El Plan de Pago de Medicamentos de Medicare

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

La "Ayuda Adicional" ("Extra Help") de Medicare y la ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (SPAP) y el AIDS Drug Assistance Program (ADAP), para quienes califiquen, son más ventajosas que participar en el Medicare Prescription Payment Plan. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número de teléfono que figura 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 respecto al VIH, ingresos bajos según lo definido por el estado, y situación de persona sin seguro médico o con cobertura 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.

### Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Indiana

**Dirección:**

División de VIH/ETS y Hepatitis Viral del Departamento de Salud del Estado de Indiana
2 N. Meridian St
Suite 6C
Indianapolis, IN 46204

**Número de teléfono:** 866-588-4948

**Sitio web: http://www.in.gov/health/**

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

Revise los documentos de su plan de Medicare y Medicaid 2027 en **es-www.Humana.com/PlanDocuments**. Para ver todos los beneficios de su plan de Medicare y Medicaid de Humana, consulte el *Manual para Afiliados*. Sus beneficios se encuentran en 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 en papel de estos documentos, llame al **866-274-5888 (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*." Espere hasta dos semanas para recibir los documentos por correo.

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

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

Humana®

Y0040_GHZQHEHSP_C

Humana Inc.
101 E Main Street
Louisville, KY 40202

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

Humana®