

2026

Notificación Anual de Cambios

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H1396-001

South Carolina

Humana®

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) ofrecido por Humana

Notificación Anual de Cambios para 2026

Introducción

Actualmente está inscrito como afiliado de nuestro plan. El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, reglas y costos. Esta *Notificación Anual de Cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. 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 se encuentra en la parte inferior de la página para obtener una copia por correo. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para Afiliados*.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español en forma gratuita.
- Puede obtener esta Notificación Anual de Cambios de manera gratuita en otros formatos, como en letra grande, en braille o por audio. Llame a Servicios para Afiliados al 866-432-0001, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.
- Si prefiere recibir sus comunicaciones escritas en un formato alternativo, como braille, letra grande o audio, o en otro idioma, comuníquese con Servicios para Afiliados al 866-432-0001, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.
- Una vez que recibamos su solicitud, todas las comunicaciones futuras exigidas por el estado se proporcionarán en el formato que haya elegido. Si no podemos brindar materiales impresos en el formato solicitado, el afiliado recibirá esas comunicaciones por teléfono con un intérprete.
- Si un afiliado elige cambiar su solicitud permanente, puede llamar a Servicios para Afiliados al 866-432-0001, TTY 711, para que se actualice su solicitud, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (caduca el martes, junio 30, 2026)

Índice

A. Descargos de responsabilidad	4
B. Revisar su cobertura de Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para el próximo año ..	4
B1. Información sobre Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)	4
B2. Cosas importantes que debe hacer	4
C. Cambios en el nombre de nuestro plan	6
D. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red	6
E. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año	6
E1. Cambios en los beneficios de servicios médicos	6
E2. Cambios en la cobertura de medicamentos	12
E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”	14
E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”	16
F. Cambios administrativos	17
G. Elegir un plan	17
G1. Permanecer en nuestro plan	17
G2. Cambiar de plan	17
H. Obtener ayuda	22
H1. Nuestro plan	22
H2. El agente de inscripción estatal, South Carolina Healthy Connections Choices	22
H3. Obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)	22
H4. Medicare	23
H5. Healthy Connections Medicaid	23
H6. Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	23
H7. Recursos Adicionales	24

A. Descargos de responsabilidad

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H1396-001 es un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad HMO SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La afiliación en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

B. Revisar su cobertura de Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para el próximo año

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

Nuevos afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H1396-001: En la mayoría de los casos, estará afiliado a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H1396-001 para sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de solicitar su afiliación a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H1396-001. Aún puede recibir los servicios de South Carolina Healthy Connections Medicaid a través de su plan de salud anterior de South Carolina Healthy Connections Medicaid por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de South Carolina Healthy Connections Medicaid a través de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H1396-001. No habrá ninguna brecha en su cobertura de South Carolina Healthy Connections Medicaid. Llámenos al número que se encuentra en la parte inferior de la página si tiene alguna pregunta.

Si decide abandonar nuestro plan, su afiliación a Medicare finalizará el último día del mes en el que se presentó su solicitud. Usted seguirá siendo beneficiario de los programas Medicare y Healthy Connections Medicaid mientras sea elegible.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre:


- Las opciones de Medicare en la tabla de la **Sección G2**.
- Las opciones de Healthy Connections Medicaid en la **Sección G2**.

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

- Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Healthy Connections Medicaid para proporcionar a los afiliados beneficios de ambos programas.
- Cuando en esta *Notificación Anual de Cambios* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, significa Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

B2. Cosas importantes que debe hacer

- **Compruebe si hay algún cambio en nuestros beneficios y costos que puedan repercutir en usted.**
 - ¿Hay algún cambio que afecte a los servicios que utiliza?

 **Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 866-432-0001, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

- Revise los cambios de beneficios y costos para asegurarse de que funcionarán para usted el próximo año.
- Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Compruebe si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos que pueda repercutir en usted.**
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en un nivel diferente de costos compartidos? ¿Puede utilizar 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 E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que sus costos de medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
 - Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede significar ahorros en los gastos de desembolso personal durante todo el año.
 - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
- **Compruebe si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
 - ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas, en nuestra red? ¿Qué sucede con su farmacia? ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
 - ¿Cuál será su gasto de desembolso personal por los servicios y medicamentos que utiliza regularmente?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está satisfecho con nuestro plan.**

Si decide quedarse con Humana Dual Integrated (HMO D-SNP):

Si quiere permanecer con nosotros el próximo año, es fácil: no necesita hacer nada. Si no realiza ningún cambio, permanecerá afiliado automáticamente a Humana Dual 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 G2** para obtener más información). Si se afilia a un nuevo plan o cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 866-432-0001, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2026, el nombre de nuestro plan cambia de Humana Gold Plus SNP-DE H5619-082 (HMO D-SNP) a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

Recibirá una nueva tarjeta de identificación por correo y con el nuevo nombre del plan Humana antes de su fecha de entrada en vigor. Cualquier documento del plan que reciba después del 1 de enero de 2026 utilizará el nuevo nombre del plan.

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

Los montos que usted paga por sus medicamentos dependen de la farmacia que utilice. Nuestro plan tiene una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* estarán cubiertas si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle costos compartidos más bajos que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestros proveedores y redes de farmacia han cambiado para 2026.

Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2026 para averiguar si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) o su farmacia están en nuestra red. Encontrará un *Directorio de Proveedores* actualizado en nuestro sitio web en **es-www.humana.com/PlanDocuments**. También puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.


Es importante que sepa que también podemos realizar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona nuestro 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 se encuentra en la parte inferior de la página para obtener ayuda.

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


E1. Cambios en los beneficios de servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. En la tabla siguiente se describen estos cambios.

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Cantidad máxima de desembolso personal</p> <p>Porque nuestros afiliados también reciben ayuda de Healthy Connections (Medicaid) del South Carolina Department of Health and Human Services</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda de Medicaid con los copagos y los deducibles de la Parte A y la Parte B, no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal hasta la cantidad máxima de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal. Nuestra prima del plan y sus costos de medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal.</p>	<p>\$9,350</p>	<p>\$9,250</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,250 de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

 **Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 866-432-0001, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Cuidado dental</p> <p>Servicios dentales rutinarios:</p>	<p>DEN286</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por alisado y raspado radicular (limpieza profunda): hasta 1 por cuadrante cada 3 años. • Copago de \$0 por exploración bucodental completa o exploración periodontal, ajuste oclusal, raspado por inflamación moderada: hasta 1 cada 3 años. • Copago de \$0 por dentadura completa, reconstrucción de corona, radiografía panorámica o de diagnóstico, dentadura postiza parcial: hasta 1 cada 5 años. • Copago de \$0 por corona y otros servicios de restauración, como reconstrucción de muñón y perno y muñón prefabricado, conducto radicular y tratamiento nuevo de conducto radicular: hasta 1 por diente de por vida. • Copago de \$0 por radiografía de mordida e intrabucal: hasta 1 por año. • Copago de \$0 por ajustes, rebases, revestimientos o reparaciones de dentadura, examen de diagnóstico de emergencia, acondicionamiento de tejidos: hasta 1 por año. 	<p>DEN284:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por alisado y raspado radicular (limpieza profunda): hasta 1 por cuadrante cada 3 años. • Copago de \$0 por exploración bucodental completa o exploración periodontal, ajuste oclusal, raspado por inflamación moderada: hasta 1 cada 3 años. • Copago de \$0 por dentadura completa, reconstrucción de corona, radiografía panorámica o de diagnóstico, dentadura postiza parcial: hasta 1 cada 5 años. • Copago de \$0 por corona y otros servicios de restauración, como reconstrucción de muñón y perno y muñón prefabricado, conducto radicular y tratamiento nuevo de conducto radicular: hasta 1 por diente de por vida. • Copago de \$0 por radiografía de mordida e intrabucal: hasta 1 por año. • Copago de \$0 por ajustes, rebases, revestimientos o reparaciones de dentadura, examen de diagnóstico de emergencia, acondicionamiento de tejidos: hasta 1 por año.

 **Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 866-432-0001, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Cuidado dental</p> <p>Servicios dentales rutinarios:</p> <p>(continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por tratamiento de emergencia para el dolor, cirugía maxilofacial, exploración bucodental periódica, profilaxis (limpieza): hasta 2 por año. • Copago de \$0 por mantenimiento periodontal: hasta 4 por año. • Copago de \$0 por amalgama y/o empaste de resina compuesta, anestesia necesaria con servicio cubierto, extracción simple o quirúrgica: cantidad ilimitada por año. • \$2,000 de cantidad máxima de cobertura de beneficios por año para todos los beneficios diagnósticos/preventivos e integrales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por tratamiento de emergencia para el dolor, cirugía maxilofacial, exploración bucodental periódica, profilaxis (limpieza): hasta 2 por año. • Copago de \$0 por mantenimiento periodontal: hasta 4 por año. • Copago de \$0 por anestesia necesaria con servicio cubierto: cuantas sean necesarias con códigos de cobertura por año. • Copago de \$0 por amalgamas y/o empastes con resina compuesta, extracciones simples o quirúrgicas: cantidad ilimitada por año. • Cantidad máxima de cobertura de \$1500 por año para todos los beneficios diagnósticos/preventivos e integrales.
<p>Subsidio para venta sin receta (OTC) (MSB)</p> <p>[Subsidio para Venta Sin Receta (OTC) (Medicaid)]</p>	<p>El Subsidio para Venta Sin Receta (OTC) no está cubierto</p> <p>[\$30 por trimestre (Medicaid)]</p>	<p>Consulte el beneficio Humana Healthy Options Allowance™ en esta tabla</p> <p>[\$65 por trimestre (Medicaid)]</p>

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>* Beneficios Suplementarios Especiales para Afiliados con Enfermedades Crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés)</p> <p>Humana Healthy Options Allowance™</p>	<p>El subsidio Humana Healthy Options Allowance™ no está cubierto</p>	<p>Subsidio mensual de \$280 en una tarjeta de gastos prepagada. Todos los afiliados del plan reciben esta cantidad para comprar productos aprobados de salud y bienestar de OTC en los puntos minoristas que participen o a través del proveedor de pedidos por correo OTC aprobado por el plan.</p> <p>Además, los afiliados también pueden usar este dinero para pagar alimentos elegibles, servicios públicos, el alquiler y otros gastos, si padecen ciertas afecciones crónicas para ser elegibles y cumplen con otros criterios del programa. Cualquier monto sin utilizar se acumula cada mes y vence al final del año del plan o cuando se desafilia, lo que ocurra primero.</p> <p>* Este subsidio para gastos es un programa especial para afiliados con afecciones de salud específicas. Las afecciones elegibles incluyen diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, trastornos mentales crónicos y deshabilitantes, afecciones pulmonares crónicas o insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Algunos planes requieren al menos dos afecciones y se aplican otros requisitos. Consulte el Manual para Afiliados del plan para obtener más información. Si utiliza este programa para pagar el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés)</p>


Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		requiere que se reporte como ingreso si solicita asistencia. Comuníquese con la oficina local del HUD si tiene preguntas.
<p>Diseño de Seguros Basado en el Valor (VBID, por sus siglas en inglés)</p> <p>Tarjeta VBID Healthy Options</p> <p>Copago \$0 para medicamentos recetados VBID</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Subsidio mensual de \$175 en una tarjeta prepagada que puede usar para los elementos esenciales que necesita para apoyar su salud. Este subsidio se puede utilizar para comprar productos aprobados en tiendas minoristas participantes (como comestibles, artículos de venta sin receta para la salud y el bienestar, artículos de cuidado personal, suministros para el hogar, etc.) o para pagar servicios aprobados (gastos mensuales de subsistencia, como alquiler; costos de transporte no médico, como un taxi, Uber, Lyft, etc.). El monto del subsidio no puede combinarse con otros subsidios que pueden estar disponibles en la tarjeta. • Los fondos no utilizados se transferirán al mes siguiente y caducarán al final del año del plan. <p>\$0 por todos los Medicamentos de la Parte D Cubiertos por el Plan en su formulario para todo el año calendario. Para calificar, los afiliados deben ser elegibles para la “Ayuda Adicional”.</p>	<p>La tarjeta VBID Healthy Options no está cubierta</p> <p>El copago de \$0 para medicamentos recetados VBID no está cubierto</p>

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Cuidado de la vista Servicios rutinarios para la vista:	VIS787 <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por hasta 1 examen rutinario por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$500 por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) y ajustes de anteojos (lentes y monturas). O BIEN <ul style="list-style-type: none"> Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$550 por año en un Proveedor PLUS para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) y ajustes de anteojos (lentes y monturas). Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios de hasta 1 par por año. La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año. 	VIS602: <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por hasta 1 examen rutinario por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$450 por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) y ajustes de anteojos (lentes y monturas). Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios de hasta 1 par por año. La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año.
Lentes de contacto necesarios por razones médicas	Copago de \$0	Incluido como parte del subsidio VIS602 indicado anteriormente.

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*

Encontrará una *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada en nuestro sitio web en **es-www.humana.com/PlanDocuments**. También puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener información actualizada sobre medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

 **Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 866-432-0001, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* también se denomina *Lista de Medicamentos*.

Realizamos cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*, que podrían incluir eliminar o añadir medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o trasladarlos a un nivel diferente de costos compartidos.

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

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

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que haga lo siguiente:

- Hable con su médico (u otro profesional que receta) para encontrar un medicamento diferente que cubrimos.
 - Puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o comunicarse con su coordinador de cuidado para solicitar una *Lista de Medicamentos Cubiertos* que tratan la misma afección.
 - Esta lista ayudará a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda 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 de 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 reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico para saber qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente que cubre nuestro plan o pedirnos que hagamos una excepción para usted y cubramos su medicamento actual.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el **Capítulo 9** de su *Manual para Afiliados* y hable con su médico para averiguar sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o tratar de encontrar un medicamento nuevo. Para obtener más información, también puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una excepción. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el término de nuestro año del plan. Esto se aplica siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

Cambios en los costos de los medicamentos

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en nuestro plan. La cantidad que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando haga surtir o repetir una receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1 Etapa de cobertura inicial	Etapa 2 Etapa de cobertura catastrófica
<p>Durante esta etapa, nuestro plan paga una parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se denomina copago.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026.</p> <p>Usted comienza esta etapa después de pagar una cierta cantidad de gastos de desembolso personal.</p>

La Etapa de Cobertura Inicial termina cuando el total de sus gastos de desembolso personal por los medicamentos alcanzan los **\$2,100**. En ese punto, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Nuestro plan cubre todos sus costos de medicamentos desde entonces hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual para Afiliados* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

En virtud del Programa de Descuento del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos y productos biológicos de marca de la Parte D cubiertos durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los gastos de desembolso personal.

E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. El copago depende de en qué nivel de costos compartidos se encuentra el medicamento y dónde lo obtiene. Usted paga un copago cada vez que surte una receta. Si sus medicamentos cubiertos cuestan menos que el copago, usted paga el precio más bajo.


Hemos trasladado algunos de los medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* a un nivel de medicamento más bajo o más alto. Si sus medicamentos se trasladan de nivel a nivel, esto podría afectar su copago. Para averiguar si sus medicamentos están en un nivel diferente, busque 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 estándares en cada uno de nuestros 5 niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **solo** durante el tiempo en que se encuentra en la Etapa de Cobertura Inicial.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.

Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo; o en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos; o para recetas por correo, vaya al **Capítulo 6, Sección D** de su *Manual para Afiliados*.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Medicamentos en el Nivel 1</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos</p> <p>Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 1 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p> <p>Su copago por una receta por correo de un mes (30 días) es de \$0.</p>	<p>Si recibe Ayuda Adicional, la cantidad que paga depende del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Consulte el folleto sobre la Cláusula de LIS para conocer las cantidades de costos compartidos.</p> <p>Si no recibe Ayuda Adicional, su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p> <p>Su copago por una receta por correo preferida de un mes (30 días) es de \$0.</p>
<p>Medicamentos en el Nivel 2</p> <p>Medicamentos genéricos</p> <p>Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 2 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p> <p>Su copago por una receta por correo de un mes (30 días) es de \$0.</p>	<p>Si recibe Ayuda Adicional, la cantidad que paga depende del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Consulte el folleto sobre la Cláusula de LIS para conocer las cantidades de costos compartidos.</p> <p>Si no recibe Ayuda Adicional, su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p> <p>Su copago por una receta por correo preferida de un mes (30 días) es de \$0.</p>
<p>Medicamentos en el Nivel 3</p> <p>Medicamentos de marca preferidos</p> <p>Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 3 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p> <p>Su copago por una receta por correo de un mes (30 días) es de \$0.</p>	<p>Si recibe Ayuda Adicional, la cantidad que paga depende del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Consulte el folleto sobre la Cláusula de LIS para conocer las cantidades de costos compartidos.</p> <p>Si no recibe Ayuda Adicional, su coseguro para un suministro de un mes (30 días) es del 25%.</p> <p>Su coseguro por una receta por correo preferida de un mes (30 días) es del 25%.</p>

 **Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 866-432-0001, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.


	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Medicamentos en el Nivel 4</p> <p>Medicamentos no preferidos</p> <p>Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 4 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p> <p>Su copago por una receta por correo de un mes (30 días) es de \$0.</p>	<p>Si recibe Ayuda Adicional, la cantidad que paga depende del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Consulte el folleto sobre la Cláusula de LIS para conocer las cantidades de costos compartidos.</p> <p>Si no recibe Ayuda Adicional, su coseguro para un suministro de un mes (30 días) es del 25%.</p> <p>Su coseguro por una receta por correo preferida de un mes (30 días) es del 25%.</p>
<p>Medicamentos en el Nivel 5</p> <p>Medicamentos de nivel de especialidad</p> <p>Costo por un suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 5 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p> <p>Su copago por una receta por correo de un mes (30 días) es de \$0.</p>	<p>Si recibe Ayuda Adicional, la cantidad que paga depende del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Consulte el folleto sobre la Cláusula de LIS para conocer las cantidades de costos compartidos.</p> <p>Si no recibe Ayuda Adicional, su coseguro para un suministro de un mes (30 días) es del 25%.</p> <p>Su coseguro por una receta por correo preferida de un mes (30 días) es del 25%.</p>

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza una vez que sus gastos totales de desembolso personal alcanzan los **\$2,100**. En ese punto comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. El plan cubre todos sus costos de medicamentos desde entonces hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual para Afiliados* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”

Cuando alcanza el límite de gasto de desembolso personal de **\$2,100** por sus medicamentos, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica y no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Permanece en la Etapa de Cobertura Catastrófica hasta el final del año calendario.

Para obtener más información sobre sus costos en la etapa de Cobertura Catastrófica, consulte el **Capítulo 6** de su *Manual para Afiliados*.

 **Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 866-432-0001, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

F. Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a manejar sus costos de medicamentos al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre).	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare puede ayudarle a manejar sus costos de medicamentos distribuyéndolos durante el año como pagos mensuales. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número que aparece en la parte inferior de la página o visite www.medicare.gov .

G. Elegir un plan

G1. Permanecer en nuestro plan

Esperamos mantenerlo como afiliado del plan. No tiene que 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 2026.

G2. Cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su afiliación durante ciertas épocas del año. Debido a que usted tiene Healthy Connections Medicaid, puede cancelar su afiliación a nuestro plan durante cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su afiliación a nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de Inscripción Abierta**, que comprende del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su afiliación en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que comprende del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

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

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Su elegibilidad para Healthy Connections Medicaid o para la Ayuda Adicional cambió.
- Se mudó recientemente o está recibiendo atención en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo). Si se mudó recientemente de una institución, puede cambiar de plan o cambiar a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare enumerados a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertas épocas del año, que incluyen el **Período de Inscripción Abierta y el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección G2**. Al elegir una de estas opciones, cancela automáticamente su afiliación en nuestro plan.

1. Puede cambiar a:

Otro plan que proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como plan integrado de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP) o un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés), si es elegible.

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.

Para obtener información sobre el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE), llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820. Esta llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. También puede ingresar a www.scdhhs.gov/providers/managed-care/program-all-inclusive-care-elderly-pace/members

Si necesita ayuda o más información:


- Después de comunicarse con Medicare sobre el cambio de plan, Medicare trabajará con Healthy Connections Medicaid para realizar el cambio. Para obtener más información sobre este proceso, puede llamar a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670.
- Llame al programa SHIP, el programa de Asistencia de Asesoría de Seguros y Referidos para Ancianos (I-CARE, por sus siglas en inglés), al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711

O BIEN

Afiliarse a un nuevo D-SNP integrado.

Será desafiado de manera automática de nuestro plan cuando comience la cobertura del nuevo plan.

<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el programa SHIP se llama programa de Asistencia de Asesoría de Seguros y Referidos para Ancianos (I-CARE). Para obtener más información, visite www.aging.sc.gov. <p>O BIEN</p> <p>Afiliarse a un nuevo plan de medicamentos de Medicare.</p> <p>Será desafiliado de manera automática de nuestro plan cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado</p> <p>TENGA EN CUENTA: Si cambia a Medicare Original y no se afilia a un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no quiere afiliarse.</p> <p>Solo debe terminar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame a Asistencia de Asesoría de Seguros y Referidos para Ancianos (I-CARE) al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Para obtener más información, visite www.aging.sc.gov.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el programa SHIP se llama programa de Asistencia de Asesoría de Seguros y Referidos para Ancianos (I-CARE). Para obtener más información, visite www.aging.sc.gov. <p>Será desafiliado de manera automática de nuestro plan cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>

 **Si tiene preguntas,** llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 866-432-0001, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite es-www.humana.com.

<p>4. Puede cambiar a:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año, que incluyen el Período de Inscripción Abierta y el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para obtener información sobre el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE), llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820. Esta llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. También puede ingresar a www.scdhhs.gov/providers/managed-care/program-all-inclusive-care-elderly-pace/members</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el programa SHIP se llama programa de Asistencia de Asesoría de Seguros y Referidos para Ancianos (I-CARE). Para obtener más información, visite www.aging.sc.gov. <p>O BIEN</p> <p>Afiliarse a un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Será desafiado de manera automática de nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
--	---

Sus servicios de Healthy Connections Medicaid

Si tiene preguntas acerca de cómo obtener sus servicios de Healthy Connections Medicaid después de abandonar nuestro plan, comuníquese con South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. También puede visitar www.scchoices.com. Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Healthy Connections Medicaid.

H. Obtener ayuda

H1. Nuestro plan

Estamos disponibles para ayudarle si tiene alguna pregunta. Comuníquese con Servicios para Afiliados a los números que se encuentran en la parte inferior de la página durante los días y horarios de atención mencionados. Estas llamadas son gratuitas.

Lea el *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 costos para 2026. Explica sus derechos y las reglas que se deben seguir para obtener los servicios y medicamentos que cubrimos.

El *Manual para Afiliados* del año 2026 estará disponible el 15 de octubre. Puede consultar una copia actualizada del *Manual para Afiliados* en nuestro sitio web en **es-www.humana.com/PlanDocuments**. También puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y pedirnos que le enviemos un *Manual para Afiliados* para 2026.

Nuestro sitio web


Puede visitar nuestro sitio web en **es-www.humana.com/PlanDocuments**. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos (Lista de Medicamentos Cubiertos)*.

H2. El agente de inscripción estatal, South Carolina Healthy Connections Choices

El agente de inscripción ayuda a las personas a elegir entre diferentes planes de salud de Healthy Connections Medicaid, afiliarse, cambiar de plan o desafiliarse. El agente de inscripción se llama South Carolina Healthy Connections Choices, y no está conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede llamar a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. Para obtener más información, visite www.scchoices.com.

H3. Obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP). En South Carolina, el programa SHIP se llama programa de Asistencia de Asesoría de Seguros y Referidos para Ancianos (I-CARE). Los asesores de I-CARE pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder preguntas sobre el cambio de planes. I-CARE no está conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono de I-CARE es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

 **Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 866-432-0001, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

H4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Converse en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
- Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Si elige desafiliarse de nuestro plan y afiliarse a 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 acerca de los planes de Medicare disponibles en su área mediante 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” [Buscar planes]).

Medicare & You 2026

Puede leer el manual *Medicare & You 2026*. Cada año en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. En ese documento, se brinda un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes 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.

H5. Healthy Connections Medicaid

El número de teléfono de Healthy Connections Medicaid es 1-888-549-0820. Esta llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. Healthy Connections Medicaid puede ayudarle o dirigirlo a alguien que pueda ayudarle.

H6. Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a manejar sus gastos de desembolso personal por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre) como pagos mensuales. Este programa no le hace ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda del State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) y el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), destinadas a quienes sean elegibles, ofrece mayores beneficios que participar en el plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare solamente. Todos los afiliados son elegibles para participar en este programa, independientemente del nivel de ingresos. 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.

H7. Recursos Adicionales

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen una prueba de residencia en el Estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado, y estatus de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP son elegibles para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del programa ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo afiliarse al programa o si actualmente está afiliado, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al programa ADAP (la información de contacto de esta organización se indica a continuación). Cuando llame, asegúrese de informarles su nombre del plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de South Carolina (ADAP)

Dirección:

DHEC Constituent Services

2600 Bull Street

Columbia, SC 29211

Número de teléfono: 800-856-9954

Sitio web: <https://dph.sc.gov/diseases-conditions/infectious-diseases/hiv/aids/aids-drug-assistance-program>



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 866-432-0001, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite es-www.humana.com.

Aviso de No Discriminación

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con 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, origen nacional, estado militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud ni por necesidades de servicios de salud. Humana Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, además de recursos y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como:
 - Intérpretes de lengua de señas acreditados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos asequibles, entre otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, que pueden incluir lo siguiente:
 - Intérpretes acreditados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, recursos auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, llame al **866-432-0001 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de prevención de la discriminación de Humana Inc. al P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, 866-432-0001 (TTY: 711), o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Prevención de la Discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o bien por correo postal o teléfono:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.
- También puede presentar una queja por derechos civiles con el South Carolina Department of Health and Human Services, Civil Rights Division, 1801 Main Street, P.O. Box 8206, Columbia, South Carolina 29202, **888-808-4238, TTY: 888-842-3620, civilrights@scdhhs.gov**. El formulario de queja está disponible en **https://www.scdhhs.gov/sites/default/files/SCDHHS%20Civil%20Rights%20Discrimination%20Complaint_0.pdf**.

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/SouthCarolinaDocuments**.

Humana Healthy Horizons in South Carolina es un producto de Medicaid de Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **866-432-0001 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con la Sección 1557 al brindar recursos y servicios auxiliares gratuitos a las personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios son necesarios para asegurar la igualdad de oportunidades para participar. Los servicios incluyen intérpretes de lengua de señas acreditados, la interpretación remota por video y el envío de la información en otros formatos.

English: Call the number above to receive free language assistance services.

Español (Spanish): Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위 번호로 전화하십시오.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

Русский (Russian): Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કોલ કરો.

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

Українська (Ukrainian): Зателефонуйте за вказаним вище номером для отримання безкоштовної мовної підтримки.

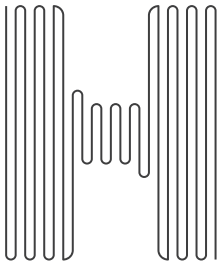
हिंदी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें।

ខ្មែរ (Cambodian): ហៅមកលេខទូរស័ព្ទខាងលើ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មបកប្រែភាសាដោយមិនអស់ប្រាក់ ។

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/SouthCarolinaDocuments**.

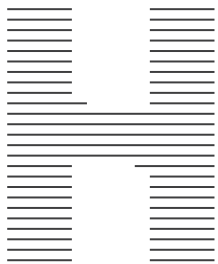
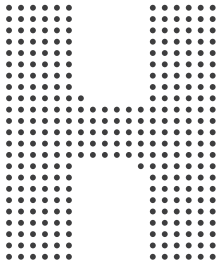
Humana Healthy Horizons in South Carolina es un producto de Medicaid de Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.

SCHMEDVEN_Approved

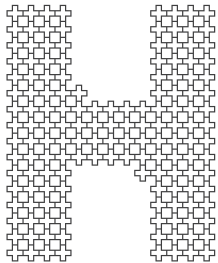


Puede ver estos documentos del plan de 2026 a partir del 15 de octubre de 2025 en [es-**www.humana.com/PlanDocuments**](https://www.humana.com/PlanDocuments). Aquí puede ver la información más actualizada sobre su plan. Es fácil de explorar, para que pueda encontrar lo que busca rápidamente.

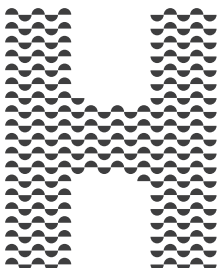
- Consulte su *Manual para Afiliados* para conocer los detalles, beneficios y costos específicos de su plan.
- Revise la *Lista de Medicamentos* que incluye los medicamentos cubiertos por su plan.
- Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para ver una lista de proveedores y especialistas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



Para obtener copias en papel de estos documentos por correo, haga su pedido en línea en el sitio web anterior, o llame al **866-432-0001 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Cuando llame, tenga preparada su tarjeta de identificación del afiliado de Humana. Cuando se le pregunte por qué llamó, diga “Manual para Afiliados”, “Lista de Medicamentos” y/o “Directorio de Proveedores”. El envío de los documentos por correo puede demorar hasta dos semanas.



Estamos aquí para usted. Si necesita ayuda con estas herramientas en línea, llame al número que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado de Humana.



Como afiliado de Humana, podemos llamarlo para ofrecerle otros productos relacionados con seguros. Puede optar por no recibir esas llamadas en el futuro llamando al número de Atención al Cliente que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación.

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

