

**Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS
D-SNP) ofrecido por Elderplan, Inc.**

Aviso anual de cambios para 2026

Está inscrito como miembro de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP).

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

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista en la portada posterior del manual *Medicare y Usted 2026* (*Medicare & You 2026*).
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Para obtener más información sobre costos, beneficios y normas, consulte la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en www.elderplan.org o llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible en español y chino gratuitamente.
- Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. La línea de teléfono es gratuita.
- Esta información está disponible en distintos formatos, incluidos braille u otros formatos alternativos. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura anteriormente si necesita información del plan en otro idioma o formato.

Acerca de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP)

- Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.
- Elderplan ha sido aprobado por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales (SNP) hasta 2026 sobre la base de una revisión del Modelo de Atención de Elderplan.

- Cuando en este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Elderplan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y los plazos para realizar un cambio.

H3347_EPS17975_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	6
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año.....	19
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan.....	19
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	20
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	22
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	23
Sección 1.5 Cambios en los costos y beneficios para servicios médicos	24
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos con de la Parte D	56
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y los costos de los medicamentos con receta.....	58
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	67
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	71
Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan	72
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	73

**Aviso anual de cambios para 2026 de Elderplan
Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) 5**

**SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los
medicamentos con receta..... 74**

SECCIÓN 5 Preguntas 78

Obtenga ayuda de Elderplan Más Atención a Largo Plazo
(HMO-POS D-SNP) 78

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 79

Obtenga ayuda de Medicare..... 80

Obtenga ayuda de Medicaid..... 81

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Vaya a 1.1 para obtener más detalles.	\$0 o \$72.30 para su Parte D Prima	\$0 o \$58.80 para la Parte D Prima
Deducible de la Parte B	El deducible de la Parte B es de \$257. Si es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.	El deducible de la Parte B es de \$257. Si es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible de la Parte B (continuación)		Estos son los montos de costo compartido que corresponden a 2025 y pueden cambiar en 2026. Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) proporcionará tarifas actualizadas en www.elderplan.org en cuanto se publiquen.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro y fuera de la red combinados de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	Dentro de la red y fuera de la red combinados \$9,350 Usted no es responsable de ningún gasto no cubierto para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Dentro de la red y fuera de la red combinados \$9,250 Usted no es responsable de ningún gasto no cubierto para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.
Visitas al consultorio de atención primaria	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por consulta. No hay cambios para 2026.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Consultas a un especialista	Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$0 por consulta. No hay cambio para 2026.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Hospitalizaciones para pacientes internados Incluye cuidados agudos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.	No hay coseguro ni copago por la atención para pacientes internados en un hospital cubierta por Medicare ni por los servicios que recibe de los médicos y otros proveedores mientras usted es un paciente internado. Se requiere autorización.	No hay coseguro ni copago por la atención para pacientes internados en un hospital cubierta por Medicare ni por los servicios que recibe de los médicos y otros proveedores mientras usted es un paciente internado. Se requiere autorización. No hay cambio para 2026.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).	El deducible de la Parte D es de \$590, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	El deducible de la Parte D es de \$615, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más detalles, incluidas las etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Durante la Etapa de cobertura inicial: Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro máximo de 90 días) * † Ω Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para lo siguiente: Nivel 1: Según su “Ayuda adicional”, usted paga una de estas opciones:	Durante la Etapa de cobertura inicial: Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro máximo de 90 días) * † Ω Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para lo siguiente: Nivel 1: Según su “Ayuda adicional”, usted paga una de estas opciones:

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0 o Copago de \$1.60 o Copago de \$4.90 o el 25% del costo total. Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0 o Copago de \$4.80 o Copago de \$12.15 o 25% del costo.	Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0 o Copago de \$1.60 o Copago de \$5.10 o el 25% del costo total. Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0 o Copago de \$4.90 o Copago de \$12.65 o 25% del costo.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	*También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar. Costo compartido del servicio de pedidos por correo (hasta suministro para 90 días)†Ω durante la etapa de cobertura inicial: Nivel 1: según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:	*También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar. Costo compartido del servicio de pedidos por correo (hasta suministro para 90 días)†Ω durante la etapa de cobertura inicial: Nivel 1: según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0 o Copago de \$1.60 o Copago de \$4.90 o 25% del costo. Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0 o Copago de \$4.80 o Copago de \$12.15 o el 25% del costo.	Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0 o Copago de \$1.60 o Copago de \$5.10 o 25% del costo. Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0 o Copago de \$4.90 o Copago de \$12.65 o el 25% del costo.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	†NDS: suministro en días no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.	†NDS: suministro en días no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	Ω: usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el costo compartido de los medicamentos de la Parte B y D, incluso si no ha pagado su deducible.	Ω: usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el costo compartido de los medicamentos de la Parte B y D, incluso si no ha pagado su deducible.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0 o \$72.30 para la prima de la Parte D. Debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que su prima de la Parte B sea pagada por Medicaid u otro tercero).	\$0 o \$58.80 para su prima de la Parte D Debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que su prima de la Parte B sea pagada por Medicaid u otro tercero).
Reducción de la prima de la Parte B Este monto se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.	\$3.00	\$0

**Sección 1.2 Cambios en el monto máximo
que paga de su bolsillo**

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, por lo general, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo de gastos no cubiertos. Usted no es responsable de ningún gasto no cubierto para alcanzar el monto máximo de gastos no cubiertos para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Los costos que paga por los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	Dentro de la red y fuera de la red combinados \$9,350 Una vez que haya pagado \$9,350 de su bolsillo (dentro de la red y fuera de la red combinados) por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B por el resto del año calendario.	Dentro de la red y fuera de la red combinados \$9,250 Una vez que haya pagado \$9,250 de su bolsillo (dentro de la red y fuera de la red combinados) por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2026* en www.elderplan.org para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web www.elderplan.org.
- Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Durante el año, podemos hacer cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de nuestro plan. Si un cambio de proveedores a mitad de año le afecta, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los importes que usted paga por los medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos con receta de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2026 www.elderplan.org para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web www.elderplan.org.
- Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Durante el año, podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan. Si le afecta un cambio de mitad de año en nuestras farmacias, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los costos y beneficios para servicios médicos

En el Aviso anual de cambios se informan los cambios en los costos y los beneficios de Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de acupuntura (no cubiertos por Medicare)	Dentro de la red No paga coseguro ni copago por consulta. Puede recibir hasta 40 consultas por año para los siguientes servicios: • Acupuntura • Terapia con ventosas/moxa • Acupresión • Tui Na • Gua Sha • Reflexología • Terapia con luz infrarroja	Dentro de la red No paga coseguro ni copago por consulta. Puede recibir hasta 60 consultas por año para los siguientes servicios: • Acupuntura • Terapia con ventosas/moxa • Acupresión • Tui Na • Gua Sha • Reflexología • Terapia con luz infrarroja

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible	Dentro de la red El deducible dentro de la red se aplica a los siguientes servicios: Servicios de rehabilitación cardíaca, servicios intensivos de rehabilitación cardíaca, servicios de rehabilitación pulmonar, servicios de terapia de ejercicios con supervisión (SET) para enfermedad arterial periférica (PAD), hospitalización parcial, servicios de atención de la	Dentro de la red El deducible dentro de la red se aplica a los siguientes servicios: Servicios de rehabilitación cardíaca, servicios intensivos de rehabilitación cardíaca, servicios de rehabilitación pulmonar, servicios de terapia de ejercicios con supervisión (SET) para enfermedad arterial periférica (PAD), hospitalización parcial, servicios del programa

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible (continuación)	salud en el hogar, servicios de médicos de atención primaria, servicios de quiroprácticos, servicios de terapia ocupacional, servicios de especialistas médicos, servicios especializados de salud mental, servicios de sesiones individuales y grupales, servicios de podiatría, otros profesionales de atención médica, servicios	intensivo para pacientes externos, servicios de atención médica en el hogar, servicios de médicos de atención primaria, servicios de quiropráctica, servicios de terapia ocupacional, servicios de especialistas médicos, servicios grupales e individuales especializados de salud mental, servicios de podiatría, otros profesionales de

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible (continuación)	psiquiátricos individuales y grupales, servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje, servicios adicionales de telesalud, procedimientos de diagnóstico/ pruebas/servicios de laboratorio, servicios de radiología terapéutica, servicios de radiografías para pacientes externos, servicios hospitalarios para pacientes externos,	atención médica, servicios de psiquiatría individual y grupal, fisioterapia y servicios de patología del habla y el lenguaje, servicios adicionales de telemedicina, procedimientos/ exámenes/ servicios de laboratorio de diagnóstico, servicios de radiología terapéutica, servicios de radiografías para pacientes externos, servicios

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible (continuación)	servicios de observación, servicios de centro quirúrgico ambulatorio (ASC), atención por abuso de sustancias para pacientes externos, individuales y grupales, servicios de exámenes de sangre para pacientes externos, servicios de ambulancia terrestre, servicios de ambulancia aérea, equipo médico duradero (DME), prótesis, suministros médicos,	hospitalarios para pacientes externos, servicios de observación, servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC), atención individual y grupal por abuso de sustancias para pacientes externos, servicios de exámenes de sangre para pacientes externos, servicios de ambulancia de transporte terrestre, servicios de ambulancia de transporte aéreo, equipo médico

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible (continuación)	suministros para diabéticos, calzado terapéutico/plantillas para diabéticos, servicios de diálisis, servicios educativos sobre enfermedad renal, prueba de detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes.	duradero (DME), prótesis, suministros médicos, suministros para diabéticos, zapatos o plantillas para diabéticos, servicios de diálisis, servicios educativos sobre enfermedad renal, pruebas de detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios	Diagnóstico suplementario y servicios preventivos Dentro de la red y fuera de la red combinados La cobertura de servicios dentales preventivos suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación. Usted paga un copago de \$0 para los siguientes servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios	Diagnóstico suplementario y servicios preventivos Dentro de la red y fuera de la red combinados La cobertura de servicios dentales preventivos suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación. Usted paga un copago de \$0 para los siguientes servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios (continuación)	<u>Servicios de exámenes bucales:</u> los códigos selectos incluyen, entre otros, los siguientes: • Exámenes bucales limitados: 1 por mes • Exámenes bucales: 1 cada 6 meses <u>Servicios de radiografías dentales:</u> los códigos selectos incluyen, entre otros, los siguientes:	<u>Servicios de exámenes bucales:</u> los códigos selectos incluyen, entre otros, los siguientes: • Exámenes bucales limitados: 1 por mes • Exámenes bucales: 1 cada 6 meses y 1 cada 12 meses <u>Servicios de radiografías dentales:</u> los códigos selectos incluyen, entre otros, los siguientes:

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios (continuación)	• Radiografías dentales: 1 cada 6 meses y 1 cada 12 meses • Radiografías dentales: 1 cada 36 meses • Película panorámica y cefalométrica: 1 cada 36 meses • Imágenes fotográficas bucales/ faciales: 2 cada 6 meses • Radiografías dentales: 2 cada 12 meses	• Radiografías dentales: 1 cada 6 meses y 1 cada 12 meses • Radiografías dentales: 1 cada 36 meses • Película panorámica y cefalométrica: 1 cada 36 meses • Imágenes fotográficas bucales/ faciales: 2 cada 6 meses • Radiografías dentales: 2 cada 12 meses

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios (continuación)	• Radiografías dentales: algunos códigos tienen cobertura sin limitación de frecuencia. <u>Limpiezas preventivas (limpiezas):</u> • <u>Limpiezas (profilaxis):</u> <u>1 cada 6 meses</u> <u>Otros servicios dentales de diagnóstico:</u> • <u>Algunos códigos selectos tienen cobertura sin limitación de frecuencia.</u>	• Radiografías dentales: algunos códigos tienen cobertura sin limitación de frecuencia. <u>Limpiezas preventivas (limpiezas):</u> • <u>Limpiezas (profilaxis):</u> <u>1 cada 6 meses</u> <u>Otros servicios dentales de diagnóstico:</u> • <u>Algunos códigos selectos tienen cobertura sin limitación de frecuencia.</u>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios (continuación)	<u>Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.</u>	<u>Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.</u>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales	Servicios dentales integrales suplementarios: Dentro de la red y fuera de la red combinados La cobertura de los servicios dentales integrales suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la ADA a un servicio por diente/por arco/por cuadrante.	Servicios dentales integrales suplementarios: Dentro de la red y fuera de la red combinados La cobertura de servicios dentales integrales suplementarios se limita a determinados códigos de servicio seleccionados de las categorías que figuran a continuación. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la ADA a un servicio por diente/por arco/por cuadrante.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)	<u>Servicios de restauración:</u> algunos códigos • Copago de \$0, 1 cada 12 meses. • Copago de \$0, 1 cada 24 meses. • Copago de \$0, 1 cada 60 meses. • Copago de \$0, 2 cada 12 meses. • Copago de \$0, 1 de por vida. • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.	<u>Servicios de restauración:</u> algunos códigos • Copago de \$0, 1 cada 12 meses. • Copago de \$0, 1 cada 24 meses. • Copago de \$0, 1 cada 60 meses. • Copago de \$0, 2 cada 12 meses. • Copago de \$0, 1 de por vida. • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)	<u>Servicios de endodoncia:</u> algunos códigos • Copago de \$0, 1 de por vida. • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia. <u>Servicios de periodoncia:</u> Algunos códigos: • Copago de \$0, 1 cada 6 meses. • Copago de \$0/ 1 cada 12 meses. • Copago de \$0, 1 cada 24 meses. • Copago de \$0, 1 cada 36 meses.	<u>Servicios de endodoncia:</u> algunos códigos Copago de \$0, 1 de por vida. • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia. <u>Servicios de periodoncia:</u> Algunos códigos: • Copago de \$0, 1 cada 6 meses. • Copago de \$0/ 1 cada 12 meses. • Copago de \$0, 1 cada 24 meses. • Copago de \$0, 1 cada 36 meses.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)	• Copago de \$0, 1 cada 60 meses. • Copago de \$0, 1 de por vida. • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.	• Copago de \$0, 1 cada 60 meses. • Copago de \$0, 1 de por vida. • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.
	<u>Prostodoncia, extraíble:</u> algunos códigos	<u>Prostodoncia, extraíble:</u> algunos códigos
	• Copago de \$0, 1 cada 12 meses. • Copago de \$0, 2 cada 12 meses. • Copago de \$0, 4 cada 12 meses. • Copago de \$0, 1 cada 24 meses.	• Copago de \$0, 1 cada 12 meses. • Copago de \$0, 2 cada 12 meses. • Copago de \$0, 4 cada 12 meses. • Copago de \$0, 1 cada 24 meses.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)	• Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.	• Algunos códigos están cubiertos a un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.
	<u>Servicios de prótesis maxilofacial:</u> algunos códigos • Copago de \$0, 2 cada 12 meses. • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.	<u>Servicios de prótesis maxilofacial:</u> algunos códigos • Copago de \$0, 1 cada 6 meses. • Copago de \$0, 1 cada 12 meses • Copago de \$0, 2 cada 12 meses. • Copago de \$0, 6 cada 2 meses. • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)	<u>Servicios de implantes:</u> algunos códigos • Copago de \$0, 1 cada 12 meses. • Copago de \$0, 1 cada 24 meses. • Copago de \$0, 1 cada 8 años. • Copago de \$0, 1 de por vida. • Algunos códigos están cubiertos a un copago de \$0 sin limitación de frecuencia. <u>Servicios de prostodoncia, dentaduras fijas:</u> algunos códigos • Copago de \$0, 1 cada 60 meses.	<u>Servicios de implantes:</u> algunos códigos • Copago de \$0, 1 cada 12 meses. • Copago de \$0, 1 cada 24 meses. • Copago de \$0, 1 cada 8 años. • Copago de \$0, 1 de por vida. • Algunos códigos están cubiertos a un copago de \$0 sin limitación de frecuencia. <u>Servicios de prostodoncia, dentaduras fijas:</u> algunos códigos • Copago de \$0, 1 cada 60 meses.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)	• Copago de \$0, 1 cada 24 meses. • Algunos códigos están cubiertos a un copago de \$0	• Copago de \$0, 1 cada 24 meses. • Algunos códigos están cubiertos a un copago de \$0
	<u>Cirugía bucal y maxilofacial:</u> algunos códigos	<u>Cirugía bucal y maxilofacial:</u> algunos códigos
	• Copago de \$0, 1 cada 24 meses. • Copago de \$0, 1 de por vida. • Copago de \$0, 2 de por vida. • Copago de \$0/ 3 de por vida. • Algunos códigos están cubiertos a un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.	• Copago de \$0, 1 cada 6 meses. • Copago de \$0, 1 cada 12 meses. • Copago de \$0, 1 cada 24 meses. • Copago de \$0, 2 cada 60 meses. • Copago de \$0/ 1 de por vida. • Copago de \$0/ 2 de por vida.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)		• Copago de \$0/ 3 de por vida. • Algunos códigos están cubiertos a un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.
	<u>Servicios generales suplementarios:</u> algunos códigos • Copago de \$0, 1 cada 6 meses. • Copago de \$0/ 1 cada 12 meses. • Copago de \$0, 2 cada 12 meses.	<u>Servicios generales suplementarios:</u> algunos códigos • Copago de \$0, 1 cada 7 días. • Copago de \$0, 1 cada 6 meses. • Copago de \$0/ 1 cada 12 meses. • Copago de \$0, 2 cada 12 meses.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)	• Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia. Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos comuníquese con Servicios para los Miembros.	• Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia. Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos comuníquese con Servicios para los Miembros.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Tarjeta Flex	Dentro de la red: Usted no paga coseguro ni copago por la Tarjeta Flex. Recibirá una asignación de \$750 para usar en 2025 en gastos no cubiertos para servicios dentales, de vista, auditivos o de acondicionamiento físico. Cualquier beneficio que no se use en dólares vence al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.	Dentro de la red: Usted no paga coseguro ni copago por la Tarjeta Flex. Recibirá una asignación de \$500 para usar en 2026 en gastos no cubiertos para servicios dentales, de vista, auditivos o de acondicionamiento físico. Cualquier beneficio que no se use en dólares vence al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Programas educativos sobre salud y bienestar Beneficio de acondicionamiento físico (gimnasio)	Sin cobertura en 2025.	Usted no paga coseguro ni copago por el beneficio de acondicionamiento físico. Los miembros tienen acceso a Silver&Fit® Healthy Aging y al Programa de ejercicios sin costo alguno.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Programas educativos sobre salud y bienestar Beneficio de acondicionamiento físico (gimnasio) (continuación)		Bajo este programa, los miembros pueden acceder a los centros de acondicionamiento físico participantes sin costo. Además, los miembros pueden elegir 1 (un) kit de acondicionamiento físico en el hogar por año de beneficios sin costo alguno.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Programas educativos sobre salud y bienestar Beneficio de acondicionamiento físico (gimnasio) (continuación)		Los miembros también pueden acceder a otras funciones del programa Silver&Fit [®] , incluidos miles de videos de ejercicios a pedido, eventos virtuales a través del club de bienestar, y sesiones de entrenamiento especializadas.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios auditivos	Dentro de la red: Usted no paga coseguro ni copago para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Usted no paga coseguro ni copago por audífonos (todos los tipos) una vez al año. Los audífonos (todos los tipos) están cubiertos hasta \$3,000 para ambos oídos combinados cada año.	Dentro de la red: Usted no paga coseguro ni copago para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Usted no paga coseguro ni copago por audífonos (todos los tipos) una vez al año. Los audífonos (todos los tipos) están cubiertos hasta \$2,500 para ambos oídos combinados cada año.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios auditivos (continuación)	Se requiere autorización de un médico o especialista.	Se requiere autorización de un médico o especialista.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	Dentro de la red: No paga coseguro ni copago por medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Usted paga hasta \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.	Dentro de la red: No paga coseguro ni copago por medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Usted paga hasta \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)	Es posible que la quimioterapia de la Parte B de Medicare/ los medicamentos para la radiación requieran autorización. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.	La quimioterapia de la Parte B de Medicare/ los medicamentos de radiación NO requieren autorización. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Productos de venta libre (OTC)	También puede comprar hasta \$900 trimestralmente de productos de venta libre (OTC) elegibles. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente trimestre. Los períodos trimestrales de beneficios se distribuyen en enero, abril, julio y octubre.	También puede comprar hasta \$950 trimestralmente de productos de venta libre (OTC) elegibles. El saldo de la tarjeta OTC <u>se transferirá</u> de un trimestre a otro, pero vencerá al final del año. Los períodos trimestrales de beneficios se distribuyen en enero, abril, julio y octubre.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Productos de venta libre (OTC) (continuación)	El beneficio de OTC se combina con los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) para los miembros elegibles. El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID 19 y el spray nasal Naloxona en algunas farmacias o comercios minoristas.	El beneficio de OTC se combina con los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) para los miembros elegibles. El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID 19 y el spray nasal Naloxona en algunas farmacias o comercios minoristas.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.	No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)	Los miembros elegibles para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de medicamentos sin receta. medicamentos sin receta para cubrir determinados alimentos, ciertos pagos de servicios, asistencia para la renta/hipoteca y transporte no médico como parte de la asignación trimestral de OTC.	Los miembros elegibles para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio de cobertura combinado de medicamentos sin receta para cubrir determinados alimentos, ciertos pagos de servicios, asistencia para la renta/hipoteca y transporte no médico como parte de la asignación trimestral de OTC.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)	La cobertura combinada de OTC de \$900 estará disponible trimestralmente. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente período. Los períodos trimestrales de beneficios se distribuyen en enero, abril, julio y octubre.	La cobertura combinada de OTC de \$950 estará disponible trimestralmente. El saldo de la tarjeta OTC se transferirá al siguiente trimestre, pero vencerá a fin de año. Los períodos trimestrales de beneficios se distribuyen en enero, abril, julio y octubre.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)	Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los artículos elegibles y una lista de redes de farmacias o comercios minoristas selectos.	Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los artículos elegibles y una lista de redes de farmacias o comercios minoristas selectos.

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

Cambios en la Lista de medicamentos
--

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

Hicimos cambios en la Lista de medicamentos, entre los que podría incluirse la eliminación o agregado de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o el traslado de un medicamento a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año próximo y para comprobar si existen restricciones, o si su medicamento ha sido trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se aplican a partir del comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare y que podrían afectarlo durante el año calendario. Actualizamos la Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista más actualizada de los medicamentos. Si realizamos alguna modificación que afecte su acceso al medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si un cambio en la cobertura para medicamentos le afecta a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con la persona autorizada a dar recetas para averiguar sus opciones, como pedir un suministro temporal, aplicar una excepción o cambiar de medicamento. Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y los costos de los medicamentos con receta

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

Si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D que no aplique a usted.** Nosotros: hemos incluido un material separado, llamado *Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta* que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibió este material con este paquete, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y solicitar la *Cláusula LIS*).

Etapas de pago de los medicamentos

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos**: la etapa del deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura ya no forman parte del beneficio de la Parte D.

- ***Etapas de pago de los medicamentos***

- Comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte B hasta que alcance el deducible anual.

- ***Etapas 2: cobertura inicial***

Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que los costos totales de los medicamentos del año hasta la fecha alcanzan \$2,100.

- ***Etapas 3: cobertura en situaciones catastróficas***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En ella, usted paga por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también ha sido reemplazado por el Programa de descuentos del fabricante. En el Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de los medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos y los productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los gastos no cubiertos.

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	El deducible de la Parte D es de \$590. Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0.	El deducible de la Parte D es de \$615. Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

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

La mayoría de las vacunas de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro máximo de 90 días) * † Ω Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar: Nivel 1: Según su “Ayuda adicional”, usted paga una de estas opciones:	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro máximo de 90 días) * † Ω Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar: Nivel 1: Según su “Ayuda adicional”, usted paga una de estas opciones:

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): un copago de \$0, de \$1.60 o de \$4.90, o hasta el 25% del costo total. Para todos los demás medicamentos: Un copago de \$0, de \$4.80 o de \$12.15, o hasta el 25% del costo.	Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): un copago de \$0, de \$1.60 o de \$5.10, o hasta el 25% del costo total. Para todos los demás medicamentos: Un copago de \$0, de \$4.90 o de \$12.65, o hasta el 25% del costo.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	*También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar. Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días como máximo) † Ω durante la Etapa de cobertura inicial para lo siguiente: Nivel 1: Según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:	*También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar. Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días como máximo) † Ω durante la Etapa de cobertura inicial para lo siguiente: Nivel 1: Según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): Un copago de \$0, de \$1.60 o de \$4.90, o hasta el 25% del costo. Para todos los demás medicamentos: Un copago de \$0, de \$4.80 o de \$12.15, o hasta el 25% del costo.	Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): Un copago de \$0, de \$1.60 o de \$5.10, o hasta el 25% del costo. Para todos los demás medicamentos: Un copago de \$0, de \$4.90 o de \$12.65, o hasta el 25% del costo.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	†NDS: suministro en días no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.	†NDS: suministro en días no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	Ω: no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.	Ω: no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Para obtener información específica sobre los costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Apelaciones y reclamos integrados	No hay cambios en el proceso de apelaciones de Nivel 2 hasta fin de 2025. Si denegamos su apelación de Nivel 1 (también conocida como apelación de nivel del plan), su caso se enviará automáticamente para una apelación de Nivel 2 con la Oficina de Audiencias.	A partir del 1 de enero de 2026, cambiará la forma de solicitar una apelación de Nivel 2. Habrá vías de apelación y reclamos de Nivel 2 separadas para Medicare y Medicaid.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Apelaciones y reclamos integrados (continuación)		En octubre de 2025, recibirá un documento de "Notificación sobre el anexo del Manual para los miembros de MAP en relación con el proceso unificado de apelaciones y reclamos ante el plan por niveles, carta del plan a los miembros" y un documento de "Cambio importante para las apelaciones de los miembros de Medicaid Advantage Plus".

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Apelaciones y reclamos integrados (continuación)		Consulte estos documentos para obtener información detallada sobre cómo solicitar una apelación de Nivel 2.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar los gastos no cubiertos por medicamentos cubiertos por nuestro plan repartiéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de pago de medicamentos de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-490-2102 (Los usuarios de TTY: deben llamar 711) o visite www.medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP), no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP).

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

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D (consulte la Sección 4).

- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare**, visite www.medicare.gov, consulte el manual *Medicare y Usted 2026 (Medicare & You 2026)*, llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (consulte la Sección 6) o llame al Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). A modo de recordatorio, Elderplan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales del plan y los montos de costo compartido.

Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan

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

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

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a las siguientes personas:

- Tienen Medicaid.
- Obtienen Ayuda adicional para pagar sus medicamentos.
- Tienen o van a dejar de tener la cobertura de su empleador.
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan.

Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan a través de una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos con receta de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Usted puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de cobertura de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes que dejó la institución.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de los medicamentos incluso las primas mensuales del plan de los medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Al Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8:00 a.m. y a las 7:00 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda desde el programa de asistencia farmacéutica de su estado (SPAP).** New York cuenta con un programa denominado Cobertura de seguro farmacéutico para personas de edad avanzada (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa de Asistencia de Seguro de Salud de su estado (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.

- **Ayuda para el costo compartido de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen presentar el comprobante de residencia del estado y condición del VIH, el comprobante de ingresos bajos según lo definido por el estado y el comprobante de estado de sin seguro o infraseguro. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para recibir ayuda de costo compartido para medicamentos con receta a través del ADAP de New York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 1-800-542-2437. Al llamar, asegúrese de informar el nombre del plan de la Parte D de Medicare y el número de póliza.

- **Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.**

El Plan de pago de medicamentos de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a manejar sus gastos no cubiertos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, repartiéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura para medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y el ADAP, para aquellos que reúnen los requisitos, tiene más beneficios que participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-490-2102 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.medicare.gov.

SECCIÓN 5 Preguntas

Obtenga ayuda de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP)

- **Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de cobertura de 2026***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, lea la *Evidencia de cobertura* para 2026 de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.elderplan.org o llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia.

- Visite www.elderplan.org

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

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) es un programa del gobierno independiente con asesores capacitados en todos los estados. En New York, el SHIP se denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada.

Llame al HIICAP para obtener asesoramiento personalizado sobre seguros de salud. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre los cambios de plan. Llame al HIICAP al 1-(212)-602-4180 (dentro de los siguientes distritos: 5 distritos de NYC) o al 1-800-701-0501 (fuera de los 5 distritos de NYC) Para obtener más información sobre el HIICAP, visite <https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance>.

Obtenga ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con www.medicare.gov**

Puede chatear en vivo en www.medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite www.medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones con estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- ***Lea Medicare y Usted 2026 (Medicare & You 2026)***

El manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga ayuda de Medicaid

Llame al programa New York State Medicaid para obtener ayuda con las preguntas sobre la inscripción o los beneficios de Medicaid al 1-800-541-2831, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Puede escribir al Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Encuentre la dirección de su LDSS aquí:

www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss

AVISO SOBRE NO DISCRIMINACIÓN

Elderplan cumple con las leyes federales de derechos civiles. **Elderplan** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (como se define en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Sección 92.101(a)(2)).

Elderplan provee lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **Elderplan** al 1-877-891-6447. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Si considera que **Elderplan** no le ha proporcionado estos servicios o le brindó un trato diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante el coordinador de derechos civiles a través de los siguientes medios:

- Correo postal: 55 Water Street, 46th Floor, New York, NY 10041
- Teléfono: 1-877-326-9978 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711)
- Fax: 1-718-758-3643
- En persona: 55 Water Street, 46th Floor, New York, NY 10041
- Correo electrónico: COMPLIANCEDEPT@MJHS.ORG

Además, puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de las siguientes maneras:

- Sitio web: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Los formularios de quejas se encuentran disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Este aviso está disponible en el sitio web de Elderplan:

<https://www.elderplan.org/disclaimers/notice-of-nondiscrimination/>

H3347_EPS17876_C

ASISTENCIA LINGÜÍSTICA

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-877-891-6447 (TTY:711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-877-891-6447 (TTY:711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-877-891-6447 (TTY:711)。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-877-891-6447 (TTY:711).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-891-6447 (TTY:711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-877-891-6447 (TTY:711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-877-891-6447 (TTY:711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-877-891-6447 (TTY:711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-891-6447 (TTY:711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט 1-877-891-6447 (TTY:711).	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-877-891-6447 (TTY:711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-877-891-6447 (TTY:711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-877-891-6447 (TTY:711)-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-877-891-6447 (TTY:711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-877-891-6447 (TTY:711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-891-6447 (TTY:711)۔	Urdu