

Aviso anual de cambios para 2026

Está inscrito como miembro de Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS).

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 Ayuda Extra (HMO-POS).
- 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 1-800-353-3765 (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 1-800-353-3765 (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 y 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 Ayuda Extra (HMO-POS)

- Elderplan es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar la inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Elderplan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS).

- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar el cambio.

H3347_EPS17978_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2026.....	6
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos 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 beneficios y costos de los servicios médicos	24
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D	41
Sección 1.7 Cambios en los beneficios de medicamentos con receta y costos.....	42
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	56
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	57
Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan	58
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	59

**SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los
medicamentos con receta60**

SECCIÓN 5 Preguntas.....64

Cómo recibir ayuda de Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) ... 64

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 65

Obtenga ayuda de Medicare 65

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$41.00 para su prima de la Parte D	\$58.80 para su prima de la Parte D
Deducible de la Parte B del plan	No hay deducible de la Parte B.	No hay deducible de la Parte B. No hay cambios para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el <u>máximo</u> que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro y fuera de la red combinados. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	Dentro de la red y fuera de la red combinados \$7,550	Dentro de la red y fuera de la red combinados \$7,550 No hay cambio para 2026
Consultas presenciales con un médico 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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Consultas presenciales con un especialista	Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$25 por consulta Usted paga un copago de \$0 por consulta presencial para lo siguiente: • Consultas a un endocrinólogo.	Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$35 por consulta Usted paga un copago de \$0 por consulta presencial para lo siguiente: • Consultas a un endocrinólogo.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios hospitalarios 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.	Dentro de la red: Los montos para cada período de beneficios son los siguientes: Días 1 a 5: copago de \$390 por día. Día 6 en adelante: copago de \$0 por día. Se requiere autorización.	Dentro de la red: Los montos para cada período de beneficios son los siguientes: Días 1 a 5: copago de \$425 por día. Día 6 en adelante: copago de \$0 por día. Se requiere autorización.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).	El deducible de la Parte D es de \$590 para el Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos y el Nivel 5: nivel de medicamentos especializados, excepto para las vacunas cubiertas de insulina y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	El deducible de la Parte D es de \$375 para el Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos y el Nivel 5: nivel de medicamentos especializados, excepto para las vacunas cubiertas de insulina y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles, como el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).	Durante la Etapa de cobertura inicial: costo compartido minorista estándar (dentro de la red) * Ω A continuación, se detalla el costo para usted durante la etapa de cobertura inicial por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia dentro de la red que brinda un costo compartido estándar:	Durante la Etapa de cobertura inicial: costo compartido minorista estándar (dentro de la red) * Ω A continuación, se detalla el costo para usted durante la etapa de cobertura inicial por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia dentro de la red que brinda un costo compartido estándar:

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles, como el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas). (continuación)	Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: usted paga un copago de \$4. Nivel 2: medicamentos genéricos: usted paga un copago de \$10. Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: usted paga un copago de \$47. Nivel 4: medicamentos no preferidos: usted paga un copago de \$100.	Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: usted paga un copago de \$0. Nivel 2: medicamentos genéricos: usted paga un copago de \$10. Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: usted paga un copago de \$47. Nivel 4: medicamentos no preferidos: usted paga un copago de \$100.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles, como el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas). (continuación)	Nivel 5: medicamentos especializados. Usted paga un coseguro del 25%. A continuación, se detallan sus costos por un suministro extendido (para hasta 90 días)†Ω cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial.	Nivel 5: nivel de medicamentos especializados: usted paga un coseguro del 28%. A continuación, se detallan sus costos por un suministro extendido (para hasta 90 días)†Ω cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles, como el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas). (continuación)	Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Venta al público: usted paga un copago de \$12. Pedido por correo: usted paga un copago de \$8. Nivel 2: medicamentos genéricos: venta al público: usted paga un copago de \$30. Pedido por correo: usted paga un copago de \$20.	Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Venta al público: usted paga un copago de \$0. Pedido por correo: usted paga un copago de \$0. Nivel 2: medicamentos genéricos: venta al público: usted paga un copago de \$30. Pedido por correo: usted paga un copago de \$20.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles, como el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas). (continuación)	Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Venta al público: usted paga un copago de \$141. Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$94. Nivel 4: medicamentos no preferidos: Venta al público: usted paga un copago de \$300. Pedido por correo: usted paga un copago de \$200.	Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Venta al público: usted paga un copago de \$141. Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$94. Nivel 4: medicamentos no preferidos: Venta al público: usted paga un copago de \$300. Pedido por correo: usted paga un copago de \$200.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles, como el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas). (continuación)	Nivel 5: nivel de medicamentos especializados: Venta al público: usted paga un coseguro del 25%. Pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%. *También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.	Nivel 5: nivel de medicamentos especializados: Venta al público: usted paga un coseguro del 28%. Pedido por correo: usted paga un coseguro del 28%. *También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles, como el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas). (continuación)	†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido. 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.	†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido. 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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles, como el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas). (continuación)	Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Si recibe “Ayuda Extra” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.	Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Si recibe “Ayuda Extra” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos 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).	\$41.00 para su prima de la Parte D	\$58.80 para su prima de la Parte D

Factores que podrían cambiar el monto de la prima de la Parte D

- **Multa por inscripción tardía:** su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, por única vez, por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- **Recargo por ingresos más elevados:** si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

- Ayuda Extra: Su prima mensual será *menor* si recibe Ayuda Extra para pagar los costos de los medicamentos. Consulte la Sección 5 para obtener más información sobre la Ayuda Extra de Medicare.

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

Medicare exige que todos los planes de salud tengan un límite en los gastos sin cobertura durante el año. Este límite se denomina el monto máximo de gastos sin cobertura. Una vez que haya pagado este monto, por lo general, no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos no cubiertos que paga dentro y fuera de la red.	Dentro de la red y fuera de la red combinados: \$7,550	Dentro de la red y fuera de la red combinados: \$7,550

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Nuestra prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo de gastos no cubiertos que paga. (continuación)	Una vez que haya pagado \$7,550 por servicios cubiertos dentro y fuera de la red de las Partes A y B combinadas, no pagará nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año calendario.	Una vez que haya pagado \$7,550 de gastos de su bolsillo por servicios cubiertos dentro y fuera de la red de las Partes A y B combinadas, no pagará nada más por los servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año calendario. No hay cambios para 2026.

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 en www.elderplan.org.
- Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (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 forman parte de nuestro plan. Si un cambio de proveedor a mitad de año lo afecta, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (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 de participar en 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 en www.elderplan.org.
- Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre 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 un cambio a mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención de emergencia	Paga un copago de \$90 para cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare. Si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted no deberá pagar costo compartido.	Paga un copago de \$110 por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare. Si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted no deberá pagar costo compartido.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Tarjeta Flex	No se requiere coseguro ni copago para la Tarjeta Flex.	No se requiere coseguro ni copago para la Tarjeta Flex.
	Recibirá una asignación de \$500 para usar en 2025 en gastos no cubiertos para servicios dentales, de la vista, auditivos o de ejercicio físico.	Recibirá una asignación de \$450 para usar en 2026 en gastos no cubiertos para servicios dentales, de la vista, auditivos o de ejercicio físico.
	Cualquier beneficio que no se use en dólares vence al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.	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)
Atención para pacientes internados en un hospital	Usted paga por admisión: • Días 1 a 5: copago de \$390 por día • Día 6 en adelante: copago de \$0 por día Se requiere autorización.	Usted paga por admisión: • Días 1 a 5: copago de \$425 por día • Día 6 en adelante: copago de \$0 por día Se requiere autorización.
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Usted paga por admisión: • Días 1 a 5: copago de \$350 por día • Día 6 en adelante: copago de \$0 por día Se requiere autorización.	Usted paga por admisión: • Días 1 a 5: copago de \$400 por día • Día 6 en adelante: copago de \$0 por día Se requiere autorización.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios preventivos y de detección cubiertos por la Parte B de Medicare	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios que se mencionan más abajo. • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Detección y orientación de abuso de alcohol • Pruebas de sangre con biomarcadores • Exámenes para determinar la densidad ósea • Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios que se mencionan más abajo. • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Detección y orientación de abuso de alcohol • Exámenes para determinar la densidad ósea • Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios preventivos y de detección cubiertos por la Parte B de Medicare (continuación)	• Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal ○ Pruebas de ADN en heces multiobjetivo ○ Pruebas de detección con enemas de bario ○ Colonoscopias de detección	• Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal ○ Pruebas de sangre con biomarcadores ○ Colonoscopias ○ Colonografía por tomografía computarizada (TC)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios preventivos y de detección cubiertos por la Parte B de Medicare (continuación)	○ Análisis de sangre oculta en la materia fecal ○ Prueba de detección de sigmoidoscopias flexibles ● Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y enfermedades causadas por el tabaquismo ● Pruebas de detección de depresión ● Pruebas de detección de la diabetes	○ Análisis de sangre oculta en la materia fecal ○ Sigmoidoscopias flexibles ○ Pruebas de ADN en heces multiobjetivo ● Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y enfermedades causadas por el tabaquismo ● Pruebas de detección de depresión cubiertas por Medicare ● Pruebas de detección de la diabetes

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios preventivos y de detección cubiertos por la Parte B de Medicare (continuación)	• Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de detección de glaucoma • Vacuna contra la hepatitis B • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV) • Pruebas de detección de hepatitis C • Prueba de detección del VIH	• Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de detección de glaucoma • Vacuna contra la hepatitis B • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV) • Pruebas de detección del virus de la hepatitis C • Prueba de detección del VIH

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios preventivos y de detección cubiertos por la Parte B de Medicare (continuación)	• Prueba de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (prueba de detección) • Servicios de tratamiento médico nutricional • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Prueba de detección de obesidad y asesoramiento • Una consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”	• Prueba de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (prueba de detección) • Servicios de tratamiento médico nutricional • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Terapia conductual para la obesidad • Una consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios preventivos y de detección cubiertos por la Parte B de Medicare (continuación)	• Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas: ○ Vacunas contra la COVID-19 ○ Vacunas antigripales ○ Vacuna contra la hepatitis B ○ Vacunas contra el neumococo	• Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas: ○ Vacunas contra la COVID-19 ○ Vacunas antigripales

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios preventivos y de detección cubiertos por la Parte B de Medicare (continuación)	• Consulta anual de “bienestar”	○ Vacuna contra la hepatitis B ○ Vacunas contra el neumococo • Consulta anual de “bienestar”

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	Usted paga un coseguro o copago del 20% por los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Usted paga hasta \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare. La quimioterapia/ los medicamentos para la radiación de la Parte B de Medicare pueden requerir autorización. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.	Usted paga un coseguro o copago del 20% por los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Usted paga hasta \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare. La quimioterapia/ los medicamentos para la radiación de la Parte B de Medicare NO requieren autorización. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	Usted paga un copago de \$25 para servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla/lenguaje por consulta. Se requiere autorización.	Usted paga un copago de \$35 para servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla/lenguaje por consulta. Se requiere autorización.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios médicos/ profesionales, incluidas consultas presenciales con un médico	Dentro y fuera de la red No se requiere coseguro ni copago por consulta para recibir los siguientes servicios: • Servicios de endocrinología. Usted paga un copago por cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Copago de \$25 para consultas a especialistas.	Dentro y fuera de la red No se requiere coseguro ni copago por consulta para recibir los siguientes servicios: • Servicios de endocrinología. Usted paga un copago por cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Copago de \$35 para consultas a especialistas.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios médicos/ profesionales, incluidas consultas presenciales con un médico (continuación)	• Copago de \$25 para otros servicios de profesionales de atención médica. Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas por un profesional de enfermería o un auxiliar médico directamente.	• Copago de \$35 para otros servicios de profesionales de atención médica. Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas por un profesional de enfermería o un auxiliar médico directamente.
Servicios de podiatría cubiertos por Medicare	Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$25 por los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.	Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$35 por los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de podiatría suplementarios	Dentro de la red Usted paga un copago de \$25 para servicios de podiatría suplementarios (atención para los pies de rutina, hasta 10 consultas por año).	Dentro de la red Usted paga un copago de \$35 para servicios de podiatría suplementarios (atención para los pies de rutina, hasta 10 consultas por año).
	Fuera de la red Usted paga un copago de \$25 para servicios de podiatría suplementarios (atención para los pies de rutina, hasta 10 consultas por año).	Fuera de la red Usted paga un copago de \$35 para servicios de podiatría suplementarios (atención para los pies de rutina, hasta 10 consultas por año).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Usted paga por admisión: Días 1 a 20: copago de \$0 por día Días 21 a 100: copago de \$196 por día Días 101 en adelante: usted paga todos los costos. Se requiere autorización.	Usted paga por admisión: Días 1 a 20: copago de \$0 por día Días 21 a 100: copago de \$218 por día Días 101 en adelante: usted paga todos los costos. Se requiere autorización.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención de la vista	Dentro de la red Usted paga un copago de \$25 para exámenes de la vista preventivos y de diagnóstico cubiertos por Medicare (incluidos pruebas y tratamiento de degeneración macular). No se requiere coseguro ni copago para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare.	Dentro de la red Usted paga un copago de \$35 para exámenes de la vista preventivos y de diagnóstico cubiertos por Medicare (incluidos pruebas y tratamiento de degeneración macular). No se requiere coseguro ni copago para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos
--

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

Hicimos cambios en nuestra 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 próximo año y para saber si hay alguna restricción o si su medicamento se ha movido 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 nuestra 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 lo afecta al principio del 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 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

¿Recibe Ayuda Extra para pagar los costos de la cobertura de sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Extra), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D que no aplique a usted.** Hemos incluido un material separado, que se denomina *Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda extra para pagar los medicamentos con receta*, que le informa sobre los costos para sus medicamentos. Si recibe Ayuda Extra y no recibió este material con el paquete, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional 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 formará parte del beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: deducible anual***

Comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total del **Nivel 4: medicamentos no preferidos y el Nivel 5: nivel de medicamentos especializados** hasta que alcance el deducible anual.

- ***Etapa 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. Generalmente, permanece en esta etapa hasta que los costos totales de los medicamentos del año hasta la fecha alcanzan los \$2,100.

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

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En ella, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura se ha 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.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: deducible anual

En la tabla se muestra el costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	No hay deducible para el Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos; Nivel 2: medicamentos genéricos y Nivel 3: medicamentos de marca preferidos.	No hay deducible para el Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos; Nivel 2: medicamentos genéricos y Nivel 3: medicamentos de marca preferidos.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual (continuación)	El deducible es de \$590 para el Nivel 4: Medicamentos no preferidos y el Nivel 5: nivel de medicamentos especializados. Durante esta etapa, usted paga el costo total del Nivel 4: medicamentos no preferidos y el Nivel 5: nivel de medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual.	El deducible es de \$375 para el Nivel 4: medicamentos no preferidos y el Nivel 5: nivel de medicamentos especializados. Durante esta etapa, usted paga el costo total del Nivel 4: medicamentos no preferidos y el Nivel 5: nivel de medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual.

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) * Ω A continuación, se detalla el costo para usted durante la Etapa de cobertura inicial por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia dentro de la red que brinda un costo compartido estándar:	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) * Ω A continuación, se detalla el costo para usted durante la Etapa de cobertura inicial por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia dentro de la red que brinda un costo compartido estándar:

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	A continuación, se detallan sus costos por un suministro extendido (para hasta 90 días)†Ω cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial. Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: usted paga un copago de \$4. Nivel 2: medicamentos genéricos: usted paga un copago de \$10.	A continuación, se detallan sus costos por un suministro extendido (para hasta 90 días)†Ω cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial. Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: usted paga un copago de \$0. Nivel 2: medicamentos genéricos: usted paga un copago de \$10.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: usted paga un copago de \$47. Nivel 4: medicamentos no preferidos: usted paga un copago de \$100. Nivel 5: medicamentos especializados. Usted paga un coseguro del 25%.	Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: usted paga un copago de \$47. Nivel 4: medicamentos no preferidos: usted paga un copago de \$100. Nivel 5: nivel de medicamentos especializados: usted paga un coseguro del 28%.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	A continuación, se detallan sus costos por un suministro extendido (para hasta 90 días)†Ω cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial. Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos Venta al público: usted paga un copago de \$12. Pedido por correo: usted paga un copago de \$8.	A continuación, se detallan sus costos por un suministro extendido (para hasta 90 días)†Ω cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial. Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos Venta al público: usted paga un copago de \$0. Pedido por correo: usted paga un copago de \$0.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	Nivel 2: medicamentos genéricos: venta al público: usted paga un copago de \$30. Pedido por correo: usted paga un copago de \$20. Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Venta al público: usted paga un copago de \$141. Pedido por correo: usted paga un copago de \$94.	Nivel 2: medicamentos genéricos: venta al público: usted paga un copago de \$30. Pedido por correo: usted paga un copago de \$20. Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Venta al público: usted paga un copago de \$141. Pedido por correo: usted paga un copago de \$94.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	Nivel 4: medicamentos no preferidos: Venta al público: usted paga un copago de \$300. Pedido por correo: usted paga un copago de \$200. Nivel 5: nivel de medicamentos especializados: Venta al público: usted paga un coseguro del 25%. Pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%.	Nivel 4: medicamentos no preferidos: Venta al público: usted paga un copago de \$300. Pedido por correo: usted paga un copago de \$200. Nivel 5: nivel de medicamentos especializados: Venta al público: usted paga un coseguro del 28%. Pedido por correo: usted paga un coseguro del 28%.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	*También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar. †NDS: Suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.	*También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar. †NDS: Suministro 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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	Si recibe “Ayuda Extra” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.	Si recibe “Ayuda Extra” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.

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)
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 ayudarlo a administrar los gastos no cubiertos que paga por medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta 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 al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS), no es necesario que haga 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 Ayuda Extra (HMO-POS).

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. Se cancelará automáticamente su inscripción en Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS).
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS).
- **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 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. 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 de 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 (vaya a la Sección 5) o llame 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 tener diferentes coberturas, primas mensuales del plan y 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 son las personas que:

- Tienen Medicaid
- Obtienen Ayuda Extra para pagar sus medicamentos
- Tienen o van a dejar de tener la cobertura de su empleador
- Salen del área de servicio de nuestro 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**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin 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 2 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 Extra de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Extra 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 sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán que pagar 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.
 - Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 a. m. a 7 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.
 - La oficina de Medicaid de su estado.

- **Ayuda desde el programa de asistencia farmacéutica de su estado (SPAP).** New York tiene un programa llamado Programa de Cobertura de Seguro de Productos Farmacéuticos para las Personas Mayores (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad económica, la edad o la 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 en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, como presentar un comprobante de residencia en el estado y de su condición con VIH, un comprobante de ingresos bajos, según lo definido por el estado, y un comprobante de que no tiene seguro o que su seguro es insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para recibir asistencia 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 actualmente está inscrito, cómo seguir 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 con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a administrar los gastos no cubiertos por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (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 Extra 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 la opción de pago del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 866-490-2102 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 Preguntas

Cómo recibir ayuda de Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS)

- **Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765. (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 detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* para 2026 de Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener 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 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia.

- **Visite www.elderplan.org**

A modo de recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar 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 ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Llame al HIICAP al 1 (212) 602-4180 dentro de los distritos, o al 1-800-701-0501 si se encuentra fuera de los distritos municipales. Para obtener más información sobre el HIICAP, visite 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), 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 y Usted 2026 (Medicare & You 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.

Elderplan, Inc.
Aviso sobre no discriminación: la discriminación es ilegal

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst hace lo siguiente:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles. Si considera que Elderplan/HomeFirst no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

Elderplan, Inc.
ATTN Civil Rights Coordinator
55 Water Street, 46th Floor
New York NY 10041

Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de derechos civiles está disponible para brindarle ayuda.

También 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 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 por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

English: Elderplan, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak a non-English language or require interpretation assistance, language assistance services and appropriate auxiliary aids are available to you free of charge. If you need these services or have questions about our plan, call 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Spanish: Elderplan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si usted habla en un idioma que no es inglés o requiere asistencia de interpretación, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística y las ayudas auxiliares adecuadas de forma gratuita. Si necesita estos servicios o tiene preguntas sobre nuestro plan, llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Chinese: Elderplan, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障情況或性別而歧視任何人。請注意：如果您說英語以外的語言或需要口譯協助，我們將免費為您提供語言協助服務和適當的輔助工具。如果您需要這些服務或對我們的計劃有疑問，請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。

Albanian: Elderplan, Inc. u përmbahet ligjeve të zbatueshme federale për të drejtat civile, ndaj nuk ju diskriminon në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, moshës, aftësive të kufizuara ose seksit. VËMENDJE: Nëse flisni një gjuhë tjetër që nuk është anglisht ose nëse keni nevojë për shërbime përkthimi, për ju ofrohen falas shërbime të ndihmës gjuhësore dhe mjete ndihmëse të përshtatshme. Nëse keni nevojë për këto shërbime ose nëse keni pyetje rreth planit tonë, telefononi 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Arabic

لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميّز على أساس العرق أو اللون أو الأصل Elderplan Inc. تمتثل للقومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. تنبيه: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في الترجمة الفورية، فإن خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات المعينة المناسبة متاحة لك مجاناً. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات أو كانت لديك أسئلة حول خطتنا، فاتصل بالرقم 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Bengali: Elderplan, Inc. প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীগত উৎপত্তি, বয়স, অক্ষমতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। লক্ষ্য করুন: যদি আপনি ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় কথা বলেন বা দোভাষী সহায়তার প্রয়োজন হয়, আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং প্রয়োজনীয় সহায়ক উপকরণ উপলব্ধ আছে। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলির প্রয়োজন হয় বা আমাদের পরিকল্পনা সম্পর্কে প্রশ্ন থাকে তবে 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে ফোন করুন।

French: Elderplan, Inc. se conforme aux lois fédérales applicables en matière de droits civils et ne fait aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, le handicap ou le sexe. ATTENTION : Si vous parlez une langue autre que l'anglais ou si vous avez besoin d'une assistance d'interprétation, des services d'assistance linguistique et des aides auxiliaires appropriées sont à votre disposition gratuitement. Si vous avez besoin de ces services ou si vous avez des questions sur notre régime d'assurance maladie, appelez le 1-800-353-3765 (TTY : 711).

German: Elderplan, Inc. hält alle geltenden Bundesbürgerrechtsgesetze ein und diskriminiert nicht aufgrund von Ethnie, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht. HINWEIS: Wenn Sie eine andere als die englische Sprache sprechen oder einen Dolmetscher benötigen, stehen Ihnen Sprachassistentendienste und geeignete Hilfsmittel kostenlos zur Verfügung. Falls Sie solche Dienste benötigen oder Fragen zu unserem Plan haben, rufen Sie uns bitte unter der Nummer +1-800-353-3765 (TTY: 711) an.

Greek: Η Elderplan, Inc. συμμορφώνεται με τους ισχύοντες ομοσπονδιακούς νόμους περί πολιτικών δικαιωμάτων και δεν κάνει διακρίσεις με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, την ηλικία, την αναπηρία ή το φύλο. ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός από τα αγγλικά ή χρειάζεστε τη βοήθεια διερμηνείας, παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης και κατάλληλα βοηθητικά μέσα. Εάν χρειάζεστε αυτές τις υπηρεσίες ή έχετε ερωτήσεις σχετικά με το πρόγραμμά μας, καλέστε στο 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Haitian Creole: Elderplan, Inc. konfòme l avèk lwa Federal sou dwa sivil ki aplikab yo epi li pa fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, orijin nasyonal, laj, andikap oswa sèks. ATANSYON: Si ou pale yon lang ki pa Angle oswa ou bezwen asistans entèprèt, sèvis asistans lang ak èd oksilyè ki apwopriye yo disponib pou ou gratis. Si ou bezwen sèvis sa yo oswa ou gen kesyon sou plan nou an, rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Hindi: Elderplan, Inc. लागू संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करता है और नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, उम्र, विकलांगता या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है। ध्यान दें: यदि आप एक गैर-अंग्रेज़ी भाषा बोलते हैं या आपको भाषांतरण सहायता की आवश्यकता है, तो भाषा सहायता सेवाएँ और उपयुक्त सहायक उपकरण आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। यदि आपको इन सेवाओं की आवश्यकता है या हमारी योजना के बारे में प्रश्न हैं, तो 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian: Elderplan, Inc. è conforme a tutte le leggi federali vigenti in materia di diritti civili e non pone in essere discriminazioni sulla base di razza, colore, origine nazionale, età, disabilità o sesso. ATTENZIONE: Se parla una lingua diversa dall'inglese o ha bisogno dell'assistenza di un interprete, può usufruire gratuitamente di servizi di assistenza linguistica e di appositi supporti ausiliari. Se necessita di questi servizi o ha domande sul nostro piano, chiami il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Japanese: Elderplan, Inc. は適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出身国、年齢、障害、性別に基づいて差別しません。注意：英語以外の言語を話す場合や通訳のサポートが必要な場合は、言語サポートサービスと適切な補助器具を無料でご利用いただけます。これらのサービスが必要な場合、または当社のプランについてご質問がある場合は、1-800-353-3765 (TTY: 711) までお電話ください。

Korean: Elderplan, Inc.는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별하지 않습니다. 주의: 영어 이외의 언어를 구사하거나 통역 지원이 필요한 경우 언어 지원 서비스 및 적절한 보조 장치를 무료로 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스가 필요하거나 플랜에 대해 질문이 있는 경우 1-800-353-3765 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Polish: Elderplan, Inc. przestrzega obowiązujących federalnych przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność ani płeć. UWAGA: Jeśli mówisz w języku innym niż angielski lub potrzebujesz pomocy tłumacza, możesz bezpłatnie skorzystać z usług pomocy językowej i odpowiednich narzędzi pomocniczych. Jeśli potrzebujesz tych usług lub masz pytania dotyczące naszego planu, zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Portuguese: A Elderplan, Inc. cumpre as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo. ATENÇÃO: Se fala uma língua diferente do inglês ou necessita de assistência de interpretação, estão disponíveis gratuitamente serviços de assistência linguística e recursos auxiliares apropriados. Se precisar destes serviços ou tiver dúvidas sobre o nosso plano, ligue para 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Punjabi: Elderplan, Inc. ਲਾਗੂ ਸੰਘੀ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਪਾਹਜਤਾ, ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਵਿਆਖਿਆ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਉਚਿਤ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ ਸਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ 1-800-353-3765 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian: Компания Elderplan, Inc. соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола. ВНИМАНИЕ: Если вы не говорите на английском языке или вам нужна помощь переводчика, вам будут бесплатно предоставлены услуги языковой помощи и соответствующие вспомогательные средства. Если вам нужны такие услуги или у вас есть вопросы о нашем плане, позвоните по номеру 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Tagalog: Sumusunod ang Elderplan, Inc. sa naaangkop na mga batas sa Pederal na mga karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian. ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng wikang hindi Ingles o nangangailangan ng tulong sa interpretasyon, ang mga serbisyo ng tulong sa wika at naaangkop na mga pantulong na tulong ay magagamit mo nang walang bayad. Kung kailangan mo ang mga serbisyo ng ito o may mga tanong tungkol sa aming plano, tawagan ang 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Urdu

Elderplan/HomeFirst قابل اطلاق وفاقی شہری حقوق کے قوانین کی تعمیل کرتا ہے اور نسل، رنگ، قومیت، عمر، معنوری، یا جنس کی بنیاد پر امتیازی سلوک نہیں کرتا۔ توجہ: اگر آپ غیر انگریزی زبان بولتے ہیں یا تشریح میں مدد کی ضرورت ہے تو، زبان کی مدد کی خدمات اور مناسب معاون امداد آپ کے لئے مفت دستیاب ہیں۔ اگر آپ کو ان خدمات کی ضرورت ہے یا ہمارے منصوبے کے بارے میں سوالات ہیں تو، (TTY: 711) 1-800-353-3765 پر کال کریں۔

Vietnamese: Elderplan, Inc. tuân thủ luật dân quyền Liên bang hiện hành và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. CHÚ Ý: Nếu quý vị nói ngôn ngữ không phải tiếng Anh hoặc cần được hỗ trợ thông dịch thì chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các phương tiện phụ trợ phù hợp miễn phí cho quý vị. Nếu quý vị cần những dịch vụ này hoặc có thắc mắc về chương trình của chúng tôi, hãy gọi số 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Yiddish

Elderplan, Inc. פאָלגט די אָנווענדלעכע פעדעראלע ציווילע רעכט געזעצן און דיסקרימינירט נישט אויף דער באַזע פון ראַסע, קאָליר, נאַציאָנאַלער אָפּשטאַם, עלטער, דיסאַביליטי, אָדער געשלעכט. ופּמערקזאַמקייט: אויב איר רעדט אַ נישט-ענגלישע שפּראַך אָדער דאַרפֿט הילף מיט איבערזעצונג, זענען שפּראַך הילף באַדינונגען און פּאַסיק הילפּסמיטלען בנימצא פֿאַר אַינך אָן קיין אָפּצאָל. אויב איר דאַרפֿט די סערוויסעס אדער האָט פֿראַגעס וועגן אונדזער פּלאַן, רופֿט אָן 1-800-353-3765 (TTY: 711)