

Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) ofrecido por Elderplan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (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 para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP).
- Para cambiar a **otro plan**, visite www.medicare.gov o revise la lista en el reverso 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. Esta llamada 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 para Beneficiarios de Medicaid (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 la 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 para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP).
- **Si no realiza ninguna acción antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP).**
A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (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_EPS17969_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 beneficios y costos de los servicios médicos	24
---	----

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos con de la Parte D	51
---	----

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y los costos de los medicamentos con receta.....	52
--	----

SECCIÓN 2 Cambios administrativos	62
--	-----------

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	63
---	-----------

Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan	65
---	----

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	65
--	----

Aviso anual de cambios para 2026 de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 5

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta..... 67

SECCIÓN 5 Preguntas 71

Cómo recibir ayuda de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 71

Obtenga ayuda de Medicare..... 72

Obtenga ayuda de Medicaid..... 74

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. Vaya a la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0 o \$31.30 para su prima de la Parte D	\$0 o \$22.70 para su prima de la Parte D
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 \$283. 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)
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 más detalles).	Dentro de la red y fuera de la red combinados \$9,350 Si usted es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, 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 Si usted es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, 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.

Aviso anual de cambios para 2026 de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 8

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Consultas en el consultorio de un médico de atención primaria	Dentro de la red: Usted paga coseguro del 0% o 20% por consulta. Si es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.	Dentro de la red: Usted paga coseguro del 0% o 20% por consulta. Si es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta. No hay cambios para 2026.

Aviso anual de cambios para 2026 de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 9

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Consultas a un especialista	Dentro y fuera de la red: Usted paga un coseguro de 0% o 20% por consulta. Si es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.	Dentro y fuera de la red: Usted paga un coseguro de 0% o 20% por consulta. Si es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta. No hay cambios para 2026.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Hospitalizaciones para pacientes internados Incluye cuidados para pacientes agudos 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: En 2025, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O BIEN: un deducible de \$1,676. Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$419 por día. Día 91 en adelante: copago de \$838 por día de reserva de por vida. Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.	Dentro de la red: En 2026, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O BIEN: un deducible de \$1,736. Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$434 por día. Día 91 en adelante: copago de \$868 por día de reserva de por vida. Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)	Se requiere autorización. Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.	Se requiere autorización. Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)	Si es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.	Si es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más 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 la 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 para 90 días como máximo) * † 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 Extra”, usted paga una de estas opciones:	Durante la etapa de cobertura inicial: Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días como máximo) * † 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 Extra”, 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. Copago de \$1.60. Copago de \$4.90. O el 25% del costo total. Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0. Copago de \$4.80. Copago de \$12.15. O el 25% del costo.	Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0. Copago de \$1.60. Copago de \$5.10. O el 25% del costo total. Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0. Copago de \$4.90. Copago de \$12.65. O el 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 de servicio de pedidos por correo (suministro para un máximo de 90 días)†Ω durante la etapa de cobertura inicial: Nivel 1: según su nivel de “Ayuda Extra”, usted paga lo siguiente:	*También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar. Costo compartido de servicio de pedidos por correo (suministro para un máximo de 90 días)†Ω durante la etapa de cobertura inicial: Nivel 1: según su nivel de “Ayuda Extra”, 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. Copago de \$1.60. Copago de \$4.90. O el 25% del costo. Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0. Copago de \$4.80. Copago de \$12.15. O el 25% del costo.	Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0. Copago de \$1.60. Copago de \$5.10. O el 25% del costo. Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0. Copago de \$4.90. 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. 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 en días 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 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 su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).	\$0 o \$31.30 para su prima de la Parte D. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).	\$0 o \$22.70 para su prima de la Parte D. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

**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 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 pague 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	Dentro de la red y fuera de la red combinados	Dentro de la red y fuera de la red combinados
Debido a que nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo de gastos no cubiertos.	\$9,350	\$9,250
Si usted es elegible para recibir la ayuda de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, no es responsable de ningún gasto no cubierto para alcanzar el monto máximo	Una vez que haya pagado \$9,350 de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red y fuera de la red de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.	Una vez que haya pagado \$9,250 de su bolsillo por servicios cubiertos dentro y fuera de la red de la Parte A y la Parte B, no pagará nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.
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.		

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 son parte de nuestro plan. Si un cambio de proveedores a mitad de año le 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 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 montos 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 en 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 nuestra página de Internet 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 la farmacia 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 de Farmacias a mitad de año le 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

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 dentales: servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios	Servicios preventivos y de diagnóstico suplementarios Dentro de la red y fuera de la red combinados La cobertura de servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación.	Servicios preventivos y de diagnóstico suplementarios Dentro de la red y fuera de la red combinados La cobertura de servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios (continuación)	Usted paga un copago de \$0 para los siguientes servicios dentales preventivos suplementarios: <u>Servicios de exámenes bucales:</u> Algunos códigos incluyen, entre otros, los siguientes: • Exámenes bucales limitados: 1 por mes • Exámenes bucales: 1 cada 6 meses	Usted paga un copago de \$0 para los siguientes servicios dentales preventivos suplementarios: <u>Servicios de exámenes bucales:</u> Algunos códigos incluyen, entre otros, los siguientes: • Exámenes bucales limitados: 1 por mes • Exámenes bucales: 1 cada 6 meses o algunos códigos cubiertos 1 cada 12 meses

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios (continuación)	<u>Servicios de radiografías dentales:</u> algunos códigos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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	<u>Servicios de radiografías dentales:</u> algunos códigos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios (continuación)	• Radiografías dentales: 2 cada 12 meses • Radiografías dentales: algunos códigos tienen cobertura sin limitación de frecuencia.	• Radiografías dentales: 2 cada 12 meses • 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>Limpiezas preventivas (limpiezas):</u> • <u>Limpiezas (profilaxis):</u> <u>1 cada 6 meses</u>
	<u>Otros servicios dentales de diagnóstico:</u> • <u>Algunos códigos tienen cobertura sin limitación de frecuencia.</u>	<u>Otros servicios dentales de diagnóstico:</u> • <u>Algunos códigos 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>
Servicios dentales: servicios dentales integrales	Servicios dentales integrales suplementarios: Dentro de la red y fuera de la red combinados	Servicios dentales integrales suplementarios: Dentro de la red y fuera de la red combinados

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)	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 Asociación Dental Estadounidense (ADA), a un (1) servicio por diente/por arco/por cuadrante.	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 Asociación Dental Estadounidense (ADA), a un (1) servicio por diente/por arco/por cuadrante.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)	<u>Servicios de restauración:</u> códigos selectos • 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 están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.	<u>Servicios de restauración:</u> códigos selectos • 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 están cubiertos 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> códigos selectos • Copago de \$0/1 de por vida. • Algunos códigos están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia. <u>Servicios de periodoncia:</u> códigos selectos • 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> códigos selectos • Copago de \$0/1 de por vida. • Algunos códigos están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia. <u>Servicios de periodoncia:</u> códigos selectos • 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 están cubiertos 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 están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.
	<u>Prostodoncia, extraíble:</u> códigos selectos	<u>Prostodoncia, extraíble:</u> códigos selectos
	• 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 están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.	Algunos códigos están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.
	<u>Servicios de prótesis maxilofacial:</u> códigos selectos - Copago de \$0/ 2 cada 12 meses - Algunos códigos están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.	<u>Servicios de prótesis maxilofacial:</u> códigos selectos - 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 están cubiertos 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> códigos selectos • 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 implantes:</u> códigos selectos • 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> códigos selectos • Copago de \$0/1 cada 60 meses • Copago de \$0/1 cada 24 meses	<u>Servicios de prostodoncia, dentaduras fijas:</u> códigos selectos • Copago de \$0/1 cada 60 meses • Copago de \$0/1 cada 24 meses

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)	• Algunos códigos están cubiertos a un copago de \$0	• Algunos códigos están cubiertos a un copago de \$0
	<u>Cirugía bucal y maxilofacial:</u> códigos selectos	<u>Cirugía bucal y maxilofacial:</u> códigos selectos
	• 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 • Copago de \$0/3 de por vida

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)	Algunos códigos están cubiertos a un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.	Algunos códigos están cubiertos a un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.
	<u>Servicios generales suplementarios:</u> códigos selectos - Copago de \$0/1 cada 6 meses - Copago de \$0/1 cada 12 meses - Copago de \$0/2 cada 12 meses - Algunos códigos están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.	<u>Servicios generales suplementarios:</u> códigos selectos - 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 - Algunos códigos están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)	Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.	Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.
Atención de emergencia	Usted paga un coseguro del 0% o 20% (hasta \$110) por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare. *Si es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.	Usted paga un coseguro del 0% o 20% (hasta \$115) por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare. *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)
El deducible combinado 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 salud en el hogar, servicios médicos de atención primaria, servicios de quiropráctica, servicios de terapia ocupacional, servicios de especialistas médicos, sesiones	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 intensivo para pacientes externos, servicios de atención de la salud en el hogar, servicios médicos de atención primaria, servicios de quiropráctica, servicios de terapia

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
El deducible combinado dentro de la red se aplica a los siguientes servicios: (continuación)	individuales y grupales de servicios especializados de salud mental, servicios de podiatría, otros profesionales de atención médica, sesiones individuales y grupales de servicios de psiquiatría, fisioterapia y servicios de patología del habla y del lenguaje, servicios adicionales de telesalud, procedimientos/exámenes/servicios de laboratorio de diagnóstico, servicios de radiología	ocupacional, servicios de especialistas médicos, sesiones individuales y grupales de servicios especializados de salud mental, servicios de podiatría, otros profesionales de atención médica, sesiones individuales y grupales de servicios de psiquiatría, fisioterapia y servicios de patología del habla y del lenguaje, servicios adicionales de telesalud, procedimientos/exámenes/servicios

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
El deducible combinado dentro de la red se aplica a los siguientes servicios: (continuación)	terapéutica, servicios de radiografías para pacientes externos, servicios hospitalarios para pacientes externos, servicios de observación, servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC), sesiones individuales y grupales de atención por consumo de sustancias para pacientes externos, servicios de exámenes de sangre para pacientes externos, servicios de ambulancia de transporte terrestre,	de laboratorio de diagnóstico, servicios de radiología terapéutica, servicios de radiografías para pacientes externos, servicios hospitalarios para pacientes externos, servicios de observación, servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC), sesiones individuales y grupales de atención por consumo de sustancias para pacientes externos, servicios de exámenes de sangre para

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
El deducible combinado dentro de la red se aplica a los siguientes servicios: (continuación)	servicios de ambulancia de transporte aéreo, suministros médicos/ protésicos, servicios de diálisis, servicios educativos sobre enfermedad renal, prueba de detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes.	pacientes externos, servicios de ambulancia de transporte terrestre, servicios de ambulancia de transporte aéreo, suministros médicos/ protésicos, servicios de diálisis, servicios educativos sobre enfermedad renal, prueba de detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Hospitalizaciones para pacientes internados	Dentro de la red: En 2025, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O BIEN: un deducible de \$1,676. Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$419 por día. Día 91 en adelante: copago de \$838 por día de reserva de por vida. Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos. Se requiere autorización.	Dentro de la red: En 2026, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O BIEN: un deducible de \$1,736. Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$434 por día. Día 91 en adelante: copago de \$868 por día de reserva de por vida. Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos. Se requiere autorización.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)	Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red. *Si es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.	Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red. *Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Dentro de la red: En 2025, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O BIEN: un deducible de \$1,676. Días 1 a 60: copago de \$0 por día.	Dentro de la red: En 2026, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O BIEN: un deducible de \$1,736. Días 1 a 60: copago de \$0 por día.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	Días 61 a 90: copago de \$419 por día. Día 91 en adelante: copago de \$838 por día de reserva de por vida. Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos. Usted paga el 0% o 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de salud mental prestados por médicos y otros proveedores mientras esté internado en un hospital.	Días 61 a 90: copago de \$434 por día. Día 91 en adelante: copago de \$868 por día de reserva de por vida. Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos. Usted paga el 0% o 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de salud mental prestados por médicos y otros proveedores mientras esté internado en un hospital.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	Se requiere autorización. *Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.	Se requiere autorización. *Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 0% o 20% para 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. Es posible que la quimioterapia de la Parte B de Medicare/ los medicamentos para la radiación requieran autorización.	Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 0% o 20% para 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. Es posible que la quimioterapia de la Parte B de Medicare/ NO se requiere autorización para los medicamentos de radiación.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)	Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos. *Si es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.	Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos. *Si es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.
Atención en centros de enfermería especializada (SNF)	Dentro de la red: En 2025 los montos para cada período de beneficios después de una hospitalización cubierta por Medicare de 3 días como mínimo son de \$0*	Dentro de la red: En 2026 los montos para cada período de beneficios después de una hospitalización cubierta por Medicare de 3 días como mínimo son de \$0*

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)	O BIEN: Días 1 a 20: \$0 por día Días 21 a 100: copago de \$209.50 por día Día 101 en adelante: usted paga todos los costos. Se requiere autorización. *Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.	O BIEN: Días 1 a 20: \$0 por día Días 21 a 100: copago de \$217 por día Día 101 en adelante: usted paga todos los costos. Se requiere autorización. *Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de urgencia	Usted paga un coseguro del 0% o 20% (hasta \$45) por cada consulta. * Si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted no deberá pagar un coseguro. *Si es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.	Usted paga un coseguro del 0% o 20% (hasta \$40) por cada consulta. * Si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted no deberá pagar un coseguro. *Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

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 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 son nuevos cuando comienza cada año. Sin embargo, durante el año calendario, podríamos realizar otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare y que podrían afectarle. 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 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 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 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 *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 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 para subsidio por bajos ingresos (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***

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

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

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

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

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

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 Extra” 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 Extra” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0.

Costos de los medicamentos en la etapa 2: *cobertura inicial*

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes obtenido en una farmacia dentro 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 (la etapa de cobertura inicial).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro máximo de 90 días) * † Ω A continuación, se detalla el costo para usted 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) (suministro máximo de 90 días) * † Ω A continuación, se detalla el costo para usted 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)	Nivel 1: Según su “Ayuda Extra”, usted paga una de estas opciones: Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0. Copago de \$1.60. Copago de \$4.90. O el 25% del costo total. Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0. Copago de \$4.80.	Nivel 1: Según su “Ayuda Extra”, usted paga una de estas opciones: Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0. Copago de \$1.60. Copago de \$5.10. O el 25% del costo total. Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0. Copago de \$4.90.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	Copago de \$12.15. O el 25% del costo. *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:	Copago de \$12.65. O el 25% del costo. *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:

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	Nivel 1: Según su nivel de “Ayuda Extra”, usted paga lo siguiente: Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0. Copago de \$1.60. Copago de \$4.90. O el 25% del costo.	Nivel 1: Según su nivel de “Ayuda Extra”, usted paga lo siguiente: Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0. Copago de \$1.60. Copago de \$5.10. O el 25% del costo.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas de cobertura inicial (continuación)	Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0. Copago de \$4.80. Copago de \$12.15. O el 25% del costo. †NDS: suministro en días no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.	Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0. Copago de \$4.90. Copago de \$12.65. O el 25% del costo. †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 su *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 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 al 711 o visitar www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP), no es necesario que haga nada. A menos que se inscriba en un plan diferente o cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (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 para Beneficiarios de Medicaid (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 para Beneficiarios de Medicaid (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 1-800-353-3765 (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 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 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 determinadas 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 la cobertura de un empleador o van a dejarla.
- 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), o
- 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**. 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 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 adicional de Medicare.** Las personas con ingresos bajos pueden ser elegibles para recibir ayuda adicional para el pago de 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 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 reúne los requisitos, 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 de 8:00 a.m. a 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 en su estado, debe 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 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 866-490-2102 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.medicare.gov.

SECCIÓN 5 Preguntas

Cómo recibir ayuda de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP)

- **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* para 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 para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro 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 por correo.

- Visite www.elderplan.org

En nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/directorío 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 de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada (HIICAP).

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 5 distritos de NYC) o al 1-800-701-0501 (fuera de los 5 distritos de la 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), 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**

Puedes 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.

Obtenga ayuda de Medicaid

Llame a la Línea de ayuda de Medicaid de la HRA del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios sociales) al 1-888-692-6116. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para obtener ayuda con las preguntas sobre la inscripción o los beneficios de Medicaid. También puede visitar <https://www.nyc.gov/site/hra/help/health-assistance.page>

Para comunicarse con el Departamento Local de Servicios Sociales del estado de New York, visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

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 eficiente 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 Sociales 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 تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل Elderplan Inc. تمتثل القومي 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 auxiliares 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-अंग्रेजी 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 serbisyong 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، معذوری، 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 אַיך אָן קיין אָפּצאָל. אויב איר דאַרפֿט די סערוויסעס אדער האָט פֿראַגעס וועגן אונדזער פּלאַן, רופֿט אָן 1-800-353-3765 (TTY: 711)