

2026

Ежегодное уведомление об изменениях



ElderServe MAP

(HMO D-SNP)

Чтобы узнать больше, позвоните нам по номеру
1-800-362-2266 (TTY/TDD — 711)

с 8 а.м. до 8 р.м. по восточному времени в любой день недели.

www.ElderServeHealth.org

Программа *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, предлагаемая *ElderServe Health*.

Ежегодное уведомление об изменениях на 2026 год

Вы зарегистрированы в качестве участника программы *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.

В этом материале описываются изменения в стоимости и льготах нашего плана в следующем году.

- **С 15 октября по 7 декабря вам необходимо внести изменения в свое покрытие Medicare на следующий год.** Если до 7 декабря 2025 года вы не зарегистрируетесь в другом плане, то останетесь участником *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.
- Чтобы перейти на **другой план**, посетите www.Medicare.gov или просмотрите список в конце справочника «*Medicare и вы*» на 2026 г.
- Помните о том, что это всего лишь сводный перечень изменений. Более подробная информация о затратах, льготах и правилах приведена в *Подтверждении страхового покрытия*. Получите копию на веб-сайте www.ElderServeHealth.org или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711), чтобы получить копию по почте.

Дополнительные ресурсы

- Этот документ предоставляется бесплатно на испанском, китайском и русском языках.
- Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711). Часы работы: с 8 а.м. до 8 р.м. по восточному времени (ЕТ), без выходных. Звонки бесплатны.
- *Вы можете получить эту информацию бесплатно в других форматах, например крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи.*

Об *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

- План *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* — это план, заключивший договоры с программами Medicare и Medicaid. Возможность регистрации в плане *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* зависит от продления договоров. Наш план также имеет письменное соглашение с программой Medicaid штата New York о координации ваших льгот по программе Medicaid.
- Когда в этом материале говорится «мы», «нас» или «наш», это означает *ElderServe Health*. Термины «план» или «наш план» означают план *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.
- **Если вы не предпримете никаких действий до 7 декабря 2025 года, то будете автоматически зарегистрированы в *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.** С 1 января 2026 года вы будете получать медицинское страховое покрытие и покрытие лекарственных препаратов через *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. См. раздел 3 для получения дополнительной информации о том, как изменить планы и сроки внесения изменений.

H6776_ANOC002CY26_M

Содержание

Сводная таблица наиболее важных расходов в 2026 году.....	4
РАЗДЕЛ 1 Изменения в льготах и стоимости услуг в следующем году	8
Раздел 1.1. Изменения размера ежемесячного страхового взноса в рамках плана.....	8
Раздел 1.2. Изменения максимальной суммы наличных расходов.....	9
Раздел 1.3. Изменения в сети поставщиков.....	10
Раздел 1.4. Изменения в сети аптек	10
Раздел 1.5. Изменения в льготах и стоимости медицинских услуг	11
Раздел 1.6. Изменения в страховом покрытии рецептурных препаратов по Части D	15
Раздел 1.7. Изменения в льготах и стоимости рецептурных препаратов.....	16
РАЗДЕЛ 2 Административные изменения.....	19
РАЗДЕЛ 3 Как сменить план.....	20
Раздел 3.1. Сроки изменения планов	21
Раздел 3.2. Можно ли внести изменения в другое время года?.....	21
РАЗДЕЛ 4 Помощь в оплате рецептурных препаратов	22
РАЗДЕЛ 5. Если у вас есть вопросы	23
Как получить помощь от <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>	23
Получите помощь от Medicare	24
Получите помощь от Medicaid.....	25

Сводная таблица наиболее важных расходов в 2026 году

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
<p>Ежемесячный страховой взнос за участие в плане*</p> <p>* Ваш страховой взнос может быть выше или ниже указанной суммы. Дополнительную информацию см. в разделе 1.</p>	\$0 или \$72.30 — ваш страховой взнос по Части D	\$0 или \$58.80 — ваш страховой взнос по Части D
<p>Франшиза по Части В</p>	<p>Франшиза по Части В составляет \$257 и не включает инсулин, который вводится с помощью изделия, относящегося к категории медицинского оборудования длительного пользования.</p> <p>Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите \$0.</p>	<p>Франшиза по Части В составляет \$257 и не включает инсулин, который вводится с помощью изделия, относящегося к категории медицинского оборудования длительного пользования.</p> <p>Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите \$0.</p> <p>Это суммы разделения затрат на 2025 год, и они могут измениться в 2026 году. План ElderServe MAP проинформирует об обновленных тарифах, как только они будут приняты.</p>

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
<p>Максимальная сумма собственных затрат</p> <p>Это <u>наибольшая</u> сумма, которую вы заплатите из собственных средств за покрываемые услуги по Части А и Части В. (Подробнее см. в разделе 1.)</p>	<p>\$8,900</p> <p>Вы не несете ответственности за оплату каких-либо расходов в пределах максимальной суммы собственных затрат на оплату услуг, покрываемых по Части А и Части В.</p>	<p>\$9,250</p> <p>Вы не несете ответственности за оплату каких-либо расходов в пределах максимальной суммы собственных затрат на оплату услуг, покрываемых по Части А и Части В.</p>
<p>Приемы у врача первичной медико-санитарной помощи</p>	<p>\$0 за прием</p>	<p>\$0 за прием</p> <p>Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите \$0 за прием.</p>
<p>Приемы у врача-специалиста</p>	<p>\$0 за прием</p> <p>Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите \$0 за прием.</p>	<p>\$0 за прием</p> <p>Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите \$0 за прием.</p>

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
<p>Пребывание в стационаре больницы</p> <p>Стационарное лечение предусматривает неотложную помощь, реабилитацию в стационаре, долгосрочное медицинское обслуживание в больницах и другие виды услуг в стационаре. Такое лечение начинается с момента официальной госпитализации по направлению врача. Последний день стационарного лечения — это день перед выпиской.</p>	<p>Сострахование или доплата в размере \$0</p> <p>Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите \$0.</p>	<p>Сострахование или доплата в размере \$0</p> <p>Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите \$0.</p>
<p>Франшиза по Части D (покрытие лекарственных препаратов)</p> <p>(Подробнее см. раздел 1.7.)</p>	<p>\$590, за исключением покрываемых препаратов инсулина и большинства вакцин для взрослых в рамках Части D.</p> <p>* В зависимости от вашего уровня прав на участие в программе Medicaid, вам, возможно, не придется нести ответственность за разделение затрат (см. отдельный вкладыш, «Дополнение LIS», где указана сумма вашей франшизы).</p>	<p>\$615, за исключением покрываемых препаратов инсулина и большинства вакцин для взрослых, покрываемых по Части D * В зависимости от вашего уровня соответствия критериям участия в программе Medicaid вы можете не нести ответственности за участие в расходах. (См. отдельный вкладыш, «Дополнение LIS», где указана сумма вашей франшизы.)</p>

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
<p>Покрытие препаратов по Части D</p> <p>(Перейдите к разделу 1.6 для получения подробной информации, включая этапы ежегодной франшизы, первоначального покрытия и катастрофического покрытия.)</p>	<p>Доплата/сострахование, <i>если применимо</i>, на стадии первоначального покрытия:</p> <ul style="list-style-type: none"> Уровень препарата 1: В зависимости от ваших прав на участие в программе Medicaid вы платите: <p>За дженерики (включая фирменные лекарства, рассматриваемые в качестве дженериков): Доплата в размере \$0; или Доплата в размере \$1.60; или Доплата в размере \$4.90; или 25% от стоимости.</p> <p>За все другие лекарственные препараты: Доплата в размере \$0; или Доплата в размере \$4.80; или Доплата в размере \$12.15; или 25% от стоимости.</p> <p>Вы платите \$35 за запас каждого покрываемого препарата инсулина на один месяц на этом уровне.</p> <p>Стадия критического покрытия</p>	<p>Доплата/сострахование, <i>если применимо</i>, на стадии первоначального покрытия:</p> <ul style="list-style-type: none"> Уровень препарата 1: В зависимости от ваших прав на участие в программе Medicaid вы платите: <p>За дженерики (включая фирменные лекарства, рассматриваемые в качестве дженериков): Доплата в размере \$0; или Доплата в размере \$1.60; или Доплата в размере \$5.10; или 25% от стоимости.</p> <p>За все другие лекарственные препараты: Доплата в размере \$0; или Доплата в размере \$5.10; или Доплата в размере \$12.65; или 25% от стоимости.</p> <p>Вы платите \$35 за запас каждого покрываемого препарата инсулина на один месяц на этом уровне.</p> <p>Стадия критического покрытия</p>

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	На этой стадии оплаты вы ничего не платите за лекарственные препараты, покрываемые Частью D.	На этой стадии оплаты вы ничего не платите за лекарственные препараты, покрываемые Частью D.

РАЗДЕЛ 1 Изменения в льготах и стоимости услуг в следующем году

Раздел 1.1. Изменения размера ежемесячного страхового взноса в рамках плана

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
<p>Ежемесячный страховой взнос за участие в плане</p> <p>(Вы должны продолжать выплачивать страховые взносы за участие в Части В программы Medicare, за исключением случаев, когда выплаты за вас осуществляются по программе Medicaid.)</p>	\$0 или \$72.30 — ваш страховой взнос по Части D	\$0 или \$58.80 — ваш страховой взнос по Части D

Раздел 1.2. Изменения максимальной суммы наличных расходов

Medicare требует, чтобы все планы медицинского страхования ограничивали сумму, которую вы оплачиваете из собственных средств в течение года. Этот лимит называется максимальной суммой собственных затрат. По достижении этой суммы, вы, как правило, ничего не платите за покрываемые услуги по Части А и Части В до конца календарного года.

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
<p>Максимальная сумма собственных затрат</p> <p>Учитывая, что наши участники также получают помощь по программе Medicaid, лишь немногие из них достигают этой максимальной суммы собственных затрат.</p> <p>Вы не несете ответственности за оплату каких-либо расходов в пределах максимальной суммы собственных затрат на оплату услуг, покрываемых по Части А и Части В.</p> <p>Ваши расходы на покрываемые медицинские услуги (например, доплаты) засчитываются в максимальную сумму ваших собственных затрат.</p>	<p>\$8,900</p> <p>После того как сумма ваших собственных затрат на покрываемые услуги по Части А и Части В составит \$8,900, вы не будете ничего платить за покрываемые услуги по Частям А и В в течение оставшейся части календарного года.</p>	<p>\$9,250</p> <p>После того как сумма ваших собственных затрат на покрываемые услуги по Части А и Части В составит \$9,250, вы не будете ничего платить за покрываемые услуги по Части А и Части В в течение оставшейся части календарного года.</p>

Раздел 1.3. Изменения в сети поставщиков

В следующем году наша сеть поставщиков услуг изменится. Ознакомьтесь со *Справочником поставщиков* на 2026 год по ссылке www.ElderServeHealth.org, чтобы узнать, входят ли ваши поставщики услуг (поставщики первичных медицинских услуг, врачи-специалисты, больницы и т. п.) в нашу сеть. См. ниже, как получить обновленный *Справочник поставщиков*.

- Посетите наш веб-сайт www.ElderServeHealth.org.
- Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711), чтобы получить актуальную информацию о поставщиках или попросить выслать вам *Справочник поставщиков* по почте.

В течение года мы можем вносить изменения в список поставщиков нашего плана (больниц, врачей и специалистов). Если смена поставщиков услуг в середине года затрагивает вас, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711) для получения помощи. Для получения дополнительной информации о ваших правах в случае выхода поставщика услуг в сети из нашего плана ознакомьтесь с разделом 2.3 главы 3 *Подтверждения страхового покрытия*.

Раздел 1.4. Изменения в сети аптек

Суммы, которые вы платите за рецептурные препараты, зависят от того, услугами какой аптеки вы пользуетесь. В планах обеспечения рецептурными препаратами Medicare предусмотрена собственная сеть аптек. В большинстве случаев план оплачивает рецептурные препараты *только* при их получении в одной из наших сетевых аптек. В следующем году наша сеть аптек изменится. Ознакомьтесь со *Справочником аптек* на 2026 год по ссылке www.ElderServeHealthPlans.org, чтобы узнать, какие аптеки входят в нашу сеть. См. ниже, как получить обновленный *Справочник аптек*.

- Посетите наш веб-сайт www.ElderServeHealth.org.
- Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711), чтобы получить актуальную информацию об аптеках или попросить выслать вам *Справочник аптек* по почте.

В течение года мы можем вносить изменения в перечень аптек, входящих в наш план. Если изменения в перечне аптек в середине года затронули вас, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711), для получения помощи.

Раздел 1.5. Изменения в льготах и стоимости медицинских услуг

В Ежегодном уведомлении об изменениях содержатся сведения об изменениях в ваших льготах и стоимости услуг по программам Medicare *и Medicaid*.

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Услуги экстренной медицинской помощи	<p>Вы вносите доплату в размере \$110 за посещение врача.</p> <p>Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы вносите доплату в размере \$0.</p>	<p>Вы вносите доплату в размере \$115 за посещение врача.</p> <p>Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы вносите доплату в размере \$0.</p>
Услуги срочной медицинской помощи	<p>Ваша доплата за посещение составляет \$45.</p> <p>Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы вносите доплату в размере \$0.</p>	<p>Ваша доплата за посещение составляет \$40.</p> <p>Если вы имеете право на получение помощи с оплатой вашей доли участия в расходах по программе Medicare в рамках программы Medicaid, вы вносите доплату в размере \$0.</p>
Безрецептурные (ОТС) товары	<p>\$218 в месяц. Любая неиспользованная сумма <u>не</u> переходит на следующий период.</p>	<p>\$302 в месяц. Любая неиспользованная сумма <u>не</u> переходит на следующий период.</p>

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
<p>Льготы на товары ОТС+ коммунальные услуги + продукты питания</p>	<p>\$218 в месяц. Вы можете потратить на продукты питания и продукты сельского хозяйства 50% (\$109) от суммы льготы на препараты ОТС.</p> <p>Для соответствующих критериям участников (с определенными хроническими заболеваниями) специальное дополнительное пособие для хронически больных (льготы на приобретение продуктов питания) сочетается с льготами на препараты ОТС и покрывает определенные продукты питания в рамках ежемесячных льгот на препараты ОТС, которые можно приобрести только в определенных аптеках и/или розничных магазинах.</p>	<p>\$302 в месяц.</p> <p>Кроме того, эта льгота может быть использована для оплаты коммунальных услуг, продуктов питания и продуктов сельского хозяйства. Суммы в долларах по льготам нельзя переносить на следующий месяц. Эта льгота не может быть конвертирована в наличные.</p> <p>Для соответствующих критериям участников (с определенными хроническими заболеваниями) специальное дополнительное пособие для хронически больных (льготы на приобретение продуктов питания) сочетается с льготами на препараты ОТС и покрывает определенные продукты питания в рамках ежемесячных льгот на препараты ОТС, которые можно приобрести только в определенных аптеках и/или розничных магазинах.</p>

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	<p>Указанные льготы входят в специальную дополнительную программу для лиц с хроническими заболеваниями.</p> <p>В качестве примеров таких заболеваний можно привести следующие: <i>сердечно-сосудистое заболевание, гипертония, остеоартроз, эндокринное заболевание и заболевание желудочно-кишечного тракта</i>. Право на получение этой льготы не может быть гарантировано исключительно наличием у вас определенного заболевания.</p> <p>Соответствующие критериям участники будут уведомлены и получат инструкции о том, как получить доступ к этой льготе.</p>	<p>Указанные льготы входят в специальную дополнительную программу для лиц с хроническими заболеваниями.</p> <p>В качестве примеров таких заболеваний можно привести следующие: <i>сердечно-сосудистое заболевание, гипертония, остеоартроз, эндокринное заболевание и заболевание желудочно-кишечного тракта</i>. Право на получение этой льготы не может быть гарантировано исключительно наличием у вас определенного заболевания.</p> <p>Соответствующие критериям участники будут уведомлены и получат инструкции о том, как получить доступ к этой льготе.</p>
Иглоукалывание	30 посещений в год	40 посещений в год
Стоматологические услуги	<p>Дополнительные профилактические стоматологические услуги:</p> <p>Вы вносите доплату в размере \$0 за следующие дополнительные профилактические</p>	<p>Дополнительные профилактические стоматологические услуги:</p> <p>Вы вносите доплату в размере \$0 за следующие дополнительные профилактические</p>

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	стоматологические услуги:	стоматологические услуги:
	Устные проверки здоровья: 3 посещения	Устные проверки здоровья: 1 посещение
	Периодическое обследование полости рта 1 раз в 6 месяцев.	Периодическое обследование полости рта 2 раза в 6 месяцев
	Рентген зубов:	Рентген зубов:
	Интраорально, периапикально (D0230, D0240) 6 раз в 12 месяцев — не покрывается	Интраорально, периапикально (D0230, D0240) 6 раз в 12 месяцев — покрывается
	Рентгенография зубов прикусным устройством 3 раза каждые 12 месяцев — покрывается	Рентгенография зубов прикусным устройством 3 раза каждые 12 месяцев — не покрывается
	Сиалогграфия 2 раза в неделю — покрывается	Сиалогграфия 2 раза в неделю — не покрывается
	Панорамное рентгенографическое изображение 1 раз в 3 года — не покрывается	Панорамное рентгенографическое изображение 1 раз в 3 года — покрывается
	Нанесение фторида: 1 раз покрывается для клиентов не старше 20 лет	Нанесение фторида: Каждые три месяца
	Комплексные стоматологические услуги: Требуется направление	Комплексные стоматологические услуги: Направление не требуется

Раздел 1.6. Изменения в страховом покрытии рецептурных препаратов по Части D

Изменения в нашем Списке препаратов

Наш список покрываемых лекарственных препаратов называется «Формуляром» или «Списком препаратов». Копия нашего Списка препаратов предоставляется в электронном виде. **Вы можете получить полный список препаратов**, позвонив в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711) или посетив наш веб-сайт (www.ElderServeHealth.org).

Мы внесли изменения в наш Список препаратов, которые могут включать в себя удаление или добавление лекарственных препаратов, изменение ограничений, которые применяются к нашему страховому покрытию для определенных лекарственных препаратов, или перемещение их на другой уровень разделения затрат. **Ознакомьтесь со Списком препаратов, чтобы убедиться в том, что ваши лекарственные препараты будут покрываться в следующем году, и узнать, не будут ли на них распространяться какие-либо ограничения и не будет ли нужный вам лекарственный препарат переведен на другой уровень разделения затрат.**

Большинство изменений в Списке препаратов вступают в силу в начале каждого года. Однако мы можем внести другие изменения, разрешенные правилами Medicare, которые затронут вас в течение календарного года действия плана. Мы обновляем Список препаратов в Интернете не реже одного раза в месяц, чтобы предоставить наиболее актуальный перечень лекарственных средств. Если мы внесем изменения, которые повлияют на доступность принимаемого вами препарата, то отправим вам соответствующее уведомление об изменениях.

Если в начале года или в течение года вы столкнулись с изменениями в покрытии лекарственных препаратов, пожалуйста, изучите главу 9 *Подтверждения страхового покрытия* и поговорите со своим врачом, чтобы узнать, какие у вас есть варианты, например попросить о временном запасе лекарств, подать заявку на предоставление исключения из правил покрытия и/или найти новый лекарственный препарат. Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711).

Раздел 1.7. Изменения в льготах и стоимости рецептурных препаратов

Получаете ли вы «Дополнительную помощь» для оплаты расходов на лекарственные препараты?

Если вы участвуете в программе, которая помогает оплачивать лекарства («Дополнительная помощь»), **информация о стоимости препаратов по Части D может к вам не относиться**. Мы выслали отдельное дополнение под названием «*Поправка к Подтверждению страхового покрытия для лиц, получающих «Дополнительную помощь» при оплате лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту*», в котором говорится о расходах на лекарственные препараты. Если вы получили «Дополнительную помощь», но не получили этот материал до *30 сентября*, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру *1-800-362-2266* (пользователям ТТУ следует звонить по номеру *711*) и попросите предоставить вам *Поправку LIS*.

Стадии оплаты препарата

Есть три **стадии оплаты лекарственных препаратов**: стадия действия ежегодной франшизы, стадия первоначального покрытия и стадия критического покрытия. Стадия разрыва в страховом покрытии и программа скидок при разрыве в страховом покрытии в рамках льготы по Части D больше не действуют.

- **Стадия 1: действие ежегодной франшизы**

Вы начинаете с этой стадии оплаты каждый календарный год. На этой стадии вы оплачиваете полную стоимость препаратов по Части D до тех пор, пока не будет полностью выплачена ежегодная сумма франшизы.

- **Стадия 2: первоначальное покрытие**

После уплаты ежегодной франшизы вы переходите на стадию первоначального покрытия. На данной стадии план оплачивает часть расходов на обеспечение вас лекарственными препаратами, а оставшуюся часть оплачиваете вы. Обычно вы остаетесь на этой стадии до тех пор, пока ваши общие расходы на лекарства с начала года не достигнут *\$2,100*.

- **Стадия 3: критическое покрытие**

Это третья и последняя стадия оплаты лекарств. На этой стадии вы оплачиваете покрываемые препараты по Части D. Обычно вы остаетесь на этой стадии до конца календарного года.

Программа скидок при разрыве в страховом покрытии также заменена на программу скидок от производителя. В рамках программы скидок от производителя производители лекарственных препаратов оплачивают часть установленной нашим планом полной стоимости фирменных и биологических препаратов, покрываемых Частью D, на стадии первоначального покрытия и стадии критического покрытия. Скидки, выплачиваемые производителями в рамках программы скидок от производителя, не учитываются в собственных затратах.

В таблице указаны ваши затраты на один рецепт за стадию.

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Действие ежегодной франшизы	<p>\$590</p> <p>Ваша франшиза может быть равна \$0, в зависимости от уровня вашего участия в программе «Дополнительная помощь» (см. отдельный вкладыш, «Поправка LIS», где указана сумма вашей франшизы).</p>	<p>\$615</p> <p>Ваша франшиза может быть равна \$0, в зависимости от уровня вашего участия в программе «Дополнительная помощь» (см. отдельный вкладыш, «Поправка LIS», где указана сумма вашей франшизы).</p>

Стоимость лекарств на стадии 2: Первоначальное покрытие

Таблица показывает, сколько вы заплатите за один рецепт на месячный запас, полученный в аптеке сети со стандартным уровнем доплаты.

Большинство вакцин по Части D для взрослых покрываются полностью, и вы можете получить их бесплатно. Для получения дополнительной информации о стоимости вакцин, о стоимости долгосрочного запаса или о заказе лекарств по почте перейдите к главе 6 вашего документа *Подтверждение страхового покрытия*.

После того как вы заплатите \$2,100 самостоятельно за препараты по Части D, вы перейдете на следующую стадию (стадия критического покрытия).

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Уровень 1:	<p>Стоимость месячного запаса препаратов для вас при условии их получения в аптеке, входящей в сеть, и стандартном разделении затрат составляет указанную ниже сумму.</p> <p>За дженерики (включая фирменные лекарства, рассматриваемые в качестве дженериков): Доплата в размере \$0; или Доплата в размере \$1.60; или Доплата в размере \$4.90; или 25% от стоимости.</p> <p>За все другие лекарственные препараты: Доплата в размере \$0; или Доплата в размере \$4.80; или Доплата в размере \$12.15; или 25% от стоимости.</p> <p>Вы платите \$35 за запас каждого покрываемого препарата инсулина на один месяц на этом уровне.</p> <p>После того как вы заплатите \$2,000 самостоятельно за препараты по Части D,</p>	<p>Стоимость месячного запаса препаратов для вас при условии их получения в аптеке, входящей в сеть, и стандартном разделении затрат составляет указанную ниже сумму.</p> <p>За дженерики (включая фирменные лекарства, рассматриваемые в качестве дженериков): Доплата в размере \$0; или Доплата в размере \$1.60; или Доплата в размере \$5.10; или 25% от стоимости.</p> <p>За все другие лекарственные препараты: Доплата в размере \$0; или Доплата в размере \$5.10; или Доплата в размере \$12.65; или 25% от стоимости.</p> <p>Вы платите \$35 за запас каждого покрываемого препарата инсулина на один месяц на этом уровне.</p> <p>После того как вы заплатите \$2,100 самостоятельно за препараты по Части D,</p>

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	вы перейдете на следующую стадию (стадия критического покрытия).	вы перейдете на следующую стадию (стадия критического покрытия).

Изменения на стадии критического покрытия

См. подробную информацию о ваших расходах на стадии критического покрытия в главе 6, раздел 6 *Подтверждения страхового покрытия*.

РАЗДЕЛ 2 Административные изменения

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
План оплаты рецептурных препаратов Medicare	План оплаты рецептурных препаратов от Medicare — это вариант оплаты, который начал действовать в этом году и может помочь вам управлять собственными расходами на лекарства, покрываемые нашим планом, распределяя платежи в течение календарного года (с января по декабрь). Возможно, вы участвуете в этом варианте оплаты.	Если вы участвуете в плане оплаты рецептурных препаратов от Medicare и остаетесь в том же плане по Части D, ваше участие будет автоматически продлено на 2026 год. Чтобы узнать больше об этом способе оплаты, позвоните нам по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711) или посетите веб-сайт www.Medicare.gov .

РАЗДЕЛ 3 Как сменить план

Чтобы остаться в *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, вам не нужно ничего делать. Если вы не зарегистрируетесь в другом плане или не перейдете на Original Medicare до 7 декабря, то будете автоматически зарегистрированы в *нашей программе ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.

Если вы хотите изменить свои планы страхования на 2026 год, выполните следующие действия:

- **Чтобы перейти в другой план медицинского страхования Medicare,** зарегистрируйтесь в новом плане. Вы будете автоматически исключены из *программы ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.
- **Чтобы перейти на Original Medicare с покрытием препаратов Medicare,** зарегистрируйтесь в новом плане покрытия препаратов от Medicare. Вы будете автоматически исключены из *программы ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.
- **Чтобы перейти на программу Original Medicare без плана покрытия препаратов,** вы можете отправить нам письменный запрос на исключение из плана. Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711) для получения дополнительной информации о том, как это сделать. Или позвоните в **Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и попросите исключить вас из плана. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Если вы не зарегистрируетесь в плане покрытия препаратов Medicare, то можете заплатить штраф за позднюю регистрацию по Части D.
- **Чтобы более подробно узнать об Original Medicare и различных типах планов Medicare,** посетите веб-сайт www.Medicare.gov, ознакомьтесь со справочником «*Medicare и вы*» на 2026 год, позвоните в Программу помощи по вопросам медицинского страхования вашего штата (см. раздел 5) или позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Напоминаем, что *ElderServe Health* предлагает другие планы Medicare по покрытию рецептурных препаратов. Эти другие планы могут отличаться по покрытию, ежемесячным страховым взносам и суммам распределения затрат.

Раздел 3.1. Сроки изменения планов

Лица, участвующие в программе Medicare, могут вносить изменения в свое покрытие в период с **15 октября по 7 декабря** каждого года.

Если вы вступили в план Medicare Advantage с 1 января 2026 года и вам не нравится выбранный план, вы можете перейти на другой медицинский план Medicare (с покрытием лекарств или без него) либо перейти на оригинальную программу Medicare (также с покрытием лекарств или без него) в период с 1 января по 31 марта 2026 года.

Раздел 3.2. Можно ли внести изменения в другое время года?

В определенных ситуациях у людей могут быть другие возможности изменить свое покрытие в течение года. Например, это люди, которые:

- имеют Medicaid;
- получают «Дополнительную помощь» для оплаты своих лекарств;
- имеют или прекращают работодательское страховое покрытие;
- переезжают за пределы зоны обслуживания нашего плана.

Поскольку вы являетесь участником программы Medicaid, то можете прекратить участие в нашем плане в любой месяц года, выбрав один из перечисленных ниже вариантов Medicare.

- В программе Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурными лекарственными препаратами Medicare,
- В программе Original Medicare без отдельного плана обеспечения рецептурными лекарственными препаратами (если вы выберете этот вариант, сотрудники Medicare могут самостоятельно зачислить вас в план обеспечения лекарственными препаратами, если только вы не отказались от автоматической регистрации), или
- В плане комплексного обслуживания D-SNP (при условии соответствия критериям участия), который позволяет получать доступные вам льготы и услуги по программе Medicare и большую часть либо все доступные вам льготы и услуги по программе Medicaid в составе одного плана.

Если вы недавно переехали в специализированное учреждение (например, учреждение квалифицированного сестринского ухода или больницу долгосрочного медицинского обслуживания) или проживаете в таком учреждении в настоящее время, вы можете **в любое время** сменить страховое покрытие по программе Medicare. Вы можете в любое время перейти на любой другой план медицинского страхования Medicare (с покрытием препаратов Medicare или без него) или перейти на программу Original Medicare (с покрытием препаратов Medicare или без

него). Если вы недавно выехали из специализированного учреждения, у вас есть возможность сменить план или перейти в программу Original Medicare в течение 2 (двух) полных месяцев после месяца вашего выезда.

РАЗДЕЛ 4 Помощь в оплате рецептурных препаратов

Вы можете претендовать на помощь в оплате рецептурных препаратов. Доступны различные виды помощи, представлены ниже.

- **«Дополнительная помощь» от Medicare.** Лица с ограниченным доходом могут принять участие в программе «Дополнительная помощь», которая помогает оплачивать расходы на рецептурные лекарственные средства. Если вы соответствуете критериям, Medicare может оплачивать до 75% или более от стоимости ваших лекарств, включая оплату ежемесячных страховых взносов по плану обеспечения лекарственными препаратами, годовые франшизы и сострахование. Кроме того, люди, которые соответствуют требованиям, не будут получать штраф за позднюю регистрацию. Чтобы узнать, соответствуете ли вы требованиям, позвоните по номеру:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете обращаться по номеру телефона 1-877-486-2048 круглосуточно и в любой день недели.
 - Социальное обеспечение с 1-800-772-1213 8 а.м. до 7 р.м. с понедельника по пятницу для представителя. Автоматизированные сообщения доступны круглосуточно. Пользователи ТТУ могут звонить по номеру 1-800-325-0778.
 - В офис Medicaid в вашем штате.
- **Помощь в рамках программы фармацевтической помощи вашего штата (SPAP).** В штате New York действует программа страхового покрытия лекарственных препаратов для пожилых лиц (EPIC), в рамках которой оказывается помощь с оплатой рецептурных препаратов в зависимости от финансовых потребностей, возраста или состояния здоровья. Чтобы узнать больше, обратитесь в программу помощи по вопросам медицинского страхования вашего штата (SHIP). Чтобы узнать номер телефона вашего штата, посетите сайт shiphelp.org или позвоните по номеру 1-800-MEDICARE.
- **Помощь в оплате суммы разделения затрат для лиц с ВИЧ/СПИД.** Программа помощи в приобретении препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа (ADAP) помогает гарантировать доступ к жизненно необходимым лекарствам для лиц с ВИЧ/СПИД, которые отвечают установленным требованиям ADAP. Чтобы иметь право на участие в программе ADAP, действующей в вашем штате, необходимо выполнить ряд требований, в том числе подтвердить проживание в соответствующем штате и статус ВИЧ, низкий уровень доходов согласно критериям данного штата и отсутствие/недостаточность медицинской страховки. В отношении препаратов, предусмотренных Частью D Medicare и также покрываемых ADAP, можно получать помощь с разделением затрат по Программам

медицинского обслуживания для пациентов с ВИЧ, не имеющих медицинской страховки, в штате New York. Для получения информации о критериях участия в программе, покрываемых лекарствах, о том, как зарегистрироваться в программе, или, если вы уже зарегистрированы, о том, как продолжить получать помощь, звоните по номеру 1-800-542-2437. При звонке обязательно сообщите им название вашего плана по Части D Medicare или номер полиса.

- **План оплаты рецептурных препаратов Medicare.** План оплаты лекарственных препаратов Medicare — это вариант оплаты, который работает вместе с вашим текущим покрытием лекарств и помогает распределить ваши собственные расходы на покрываемые нашим планом препараты в течение календарного года (с января по декабрь). Любой человек, у которого есть план покрытия лекарств Medicare или медицинский план Medicare с покрытием лекарств (например, план Medicare Advantage с покрытием лекарств), может воспользоваться этим вариантом оплаты. **Этот вариант может помочь вам удобнее управлять своими расходами, но он не экономит вам деньги и не снижает стоимость ваших препаратов.**

Участие в программе «Дополнительная помощь» от Medicare, а также помощь от программ SPAP и ADAP для тех, кто имеет на это право, более выгодны, чем участие только в плане оплаты рецептурных препаратов от Medicare. Участвовать в плане оплаты рецептурных препаратов от Medicare могут все участники независимо от уровня дохода. Чтобы узнать больше об этом способе оплаты, позвоните нам по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711) или посетить веб-сайт www.Medicare.gov.

РАЗДЕЛ 5 Если у вас есть вопросы

Как получить помощь от *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

- **Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266.** (Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711.)

Мы принимаем телефонные звонки с 8 а.м. до 8 р.м. без выходных. Звонки на эти номера бесплатны.

- **Прочтите свое *Подтверждение страхового покрытия на 2026 г.***

В *Ежегодном уведомлении об изменениях* дается обзор изменений предоставляемых льгот и соответствующих затрат в 2026 году. Подробнее см. в *Подтверждении страхового покрытия за 2026 год для ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. *Подтверждение страхового покрытия* является официальным подробным описанием льгот, предлагаемых нашим планом. В нем также описаны ваши права и правила получения покрываемых услуг и лекарств, отпускаемых по рецепту. Получите

Подтверждение страхового покрытия на нашем веб-сайте по адресу www.ElderServeHealth.org или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-362-2266 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711), чтобы попросить нас отправить вам копию по почте.

- **Посетите веб-сайт www.ElderServeHealth.org**

На нашем сайте публикуется самая актуальная информация о нашей сети поставщиков услуг (*Справочник поставщиков услуг и аптек*) и наш *Список покрываемых препаратов* (формуляр / список препаратов).

Получите бесплатную консультацию по вопросам Medicare

Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP) является независимой правительственной программой предоставления квалифицированных консалтинговых услуг, которая действует во всех штатах. В *штате New York* она имеет другое название — Департамент программы информирования, консультаций и помощи с медицинским страхованием (HICAP) для пожилых лиц.

Позвоните в *HICAP*, чтобы получить бесплатную индивидуальную консультацию по медицинскому страхованию. Они могут помочь вам сделать выбор между планами Medicare и Medicaid и ответят на вопросы, связанные с переходом в другие планы. Вы можете позвонить в *HICAP* по номеру 1-800-701-0501. Вы можете узнать больше о *HICAP*, если посетите веб-сайт программы (<https://www.aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance>)

Получите помощь от Medicare

- **Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Вы можете обращаться по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

- **Обратитесь в онлайн-чат от www.Medicare.gov**

Воспользоваться чатом можно на веб-сайте www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Напишите в Medicare**

Вы можете написать в Medicare по адресу PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Посетите веб-сайт www.Medicare.gov**

На официальном веб-сайте Medicare вы найдете информацию о расходах и страховом покрытии, а также оценки качества услуг в виде звездного

рейтинга, помогающие сравнивать планы медицинского страхования Medicare в вашем регионе.

- **Ознакомьтесь со справочником «*Medicare и вы*» на 2026 год**

Руководство «Medicare и вы» на 2026 год рассылается участникам программы Medicare каждую осень. В нем приведено краткое описание предоставляемых программой Medicare льгот, прав и средств правовой защиты, а также ответы на часто задаваемые вопросы о программе Medicare. Получите копию, позвонив по номеру www.Medicare.gov или 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Получите помощь от Medicaid

Позвоните на горячую линию программы Medicaid в штате New York по номеру 1-800-541-2831 с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711, чтобы получить помощь в вопросах регистрации в программе Medicaid или льгот.

Уведомление о недопущении дискриминации ElderServe Health, Inc.

Компания ElderServe Health, Inc. соблюдает применимые федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения (включая ограниченное владение английским языком и основной язык), возраста, инвалидности или пола (в соответствии с объемом определения дискриминации по признаку пола, описанным в 45 CFR § 92.101(a)(2)). ElderServe Health, Inc. не исключает людей и не относится к ним менее благоприятно по причине расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола.

ElderServe Health, Inc.

- Предоставляет людям с инвалидностью разумные модификации и бесплатные соответствующие вспомогательные средства и услуги для эффективного общения с нами, такие как:
 - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
 - письменные материалы в других форматах (напечатанные крупным шрифтом, в виде аудиозаписи, в электронном и иных форматах).
- Предоставляет бесплатные услуги перевода лицам, для которых английский не является родным языком, в том числе:
 - услуги квалифицированных устных переводчиков;
 - информацию на других языках.

Если вам нужны разумные модификации, соответствующие вспомогательные средства и услуги или языковая поддержка, свяжитесь с координатором по гражданским правам. Если вы считаете, что ElderServe Health, Inc. не предоставила эти услуги или допустила иную форму дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола, вы можете подать жалобу, воспользовавшись контактной информацией ниже.

ElderServe MAP (HMO D-SNP)
ATTN Civil Rights Coordinator
80 West 225th Street
Bronx, NY, 10463
Номер телефона: 1-347-842-3660, ТТУ 711
Факс: 1-888-341-5009

Вы можете подать жалобу лично или по почте, телефону или факсу. Если вам нужна помощь с подачей жалобы, координатор по вопросам гражданских прав может вам помочь.

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США в электронном виде на портале для подачи жалоб Управления по гражданским правам по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, по почте или по телефону:

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)

Бланки для подачи жалобы можно найти по адресу
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **800-362-2266** (TTY: **711**); or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **800-362-2266** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 **800-362-2266** (文本电话: **711**) 或咨询您的服务提供商。

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **800-362-2266**(TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan **800-362-2266**(TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **800-362-2266**(TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' **800-362-2266** (TTY: **711**) o parla con il tuo fornitore.

יידיש (Yiddish) ש נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. צונעמען אידס און באדינונגס אלאר צראוויידינג אינאלארמאציע אין צוטריטלעך אלארמאטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. רופן (TTY: **800-362-2266**) **711** מיט דיין טרעגער.

(Bengali) ইংরেজিতে মনোযোগ: আপনি যদি অন্য ভাষা বলতে পারেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা আপনার জন্য উপলব্ধ। অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহায়তা এবং পরিষেবাগুলিও বিনামূল্যে পাওয়া যায়। 800-362-2266 (TTY: 711; অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **800-362-2266**(TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **800-362-2266**(711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **800-362-2266**(TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

اردو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ (711) **800-362-2266** پر کال کریں یا

اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **800-362-2266**(TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το **800-362-2266** (TTY: 711) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Hindi **हिंदी ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 800-362-2266 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।