

2026

Aviso anual de cambios



ElderServe MAP

(HMO D-SNP)

Para obtener más información, llámenos al **1-800-362-2266** (TTY/ TDD 711)
de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este, los 7 días de la semana.

www.ElderServeHealth.org

H6776_ANOC002CY26_M

ElderServe MAP (HMO D-SNP) ofrecido por ElderServe Health.

Aviso anual de cambios para 2026

Está inscrito como miembro de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.

En este material, se describen los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan 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 inscrito en ElderServe MAP (HMO D-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o consulte la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You 2026 (Medicare y usted para 2026)*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Puede encontrar más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en www.ElderServeHealth.org o llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

Más recursos

- Este documento está disponible sin cargo en inglés, chino y ruso.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- *Puede obtener esta información de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio.*

Acerca de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

- ElderServe MAP (HMO D-SNP) es un plan que tiene un contrato con Medicare y Medicaid. La inscripción en ElderServe MAP (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un contrato escrito con el programa de Medicaid de New York para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando en este material se habla de “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a *ElderServe Health*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa ElderServe MAP (HMO D-SNP).

- **Si no toma medidas antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacer un cambio.

H6776_ANOC002CY26_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2026.....	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	7
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	8
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	8
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	10
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	13
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos con receta.....	13
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	17
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	17
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan	18
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	18
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta.....	19
SECCIÓN 5 Preguntas	21
Obtener ayuda de <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>	21
Obtenga ayuda de Medicare	22
Obtenga ayuda de Medicaid	22

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. Vaya a la Sección 1 para obtener más información.	\$0 o \$72.30 para la prima de la Parte D	\$0 o \$58.80 para la prima de la Parte D
Deducible de la Parte B	El deducible de la Parte B es \$257, salvo por la insulina provista a través de un equipo médico duradero. Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga \$0.	El deducible de la Parte B es \$257, salvo por la insulina provista a través de un equipo médico duradero. Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga \$0. Estos son los montos de costo compartido para 2025 y pueden cambiar para 2026. ElderServe MAP proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas.
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 para obtener más detalles).	\$8,900 Usted no es responsable de pagar los gastos de bolsillo que se computan para el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.	\$9,250 Usted no es responsable de pagar los gastos de bolsillo que se computan para el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 por visita	\$0 por visita Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga \$0 por visita.
Visitas al consultorio de un especialista	\$0 por visita Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga \$0 por visita.	\$0 por visita Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga \$0 por visita.
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	\$0 de coseguro o copago. Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no paga nada.	\$0 de coseguro o copago. Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no paga nada.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más información).	\$590, salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. * Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga responsabilidad de costos compartidos. (Consulte el inserto aparte, la “Cláusula adicional <i>del Subsidio por bajos ingresos (LIS)</i>”, para conocer el monto de su deducible).	\$615, salvo para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D * Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad de costos compartidos. (Consulte el inserto aparte, la “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener información detallada, incluidas las etapas del deducible anual, la cobertura inicial y la cobertura en situaciones catastróficas).	<i>Copago/coseguro, según corresponda, durante la Etapa de cobertura inicial:</i> Medicamento de Nivel 1: Según su elegibilidad para Medicaid, usted paga: Por medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos): \$0 de copago; o \$1.60 de copago; o \$4.90 de copago; o 25% del costo. Por cualquier otro medicamento:	<i>Copago/coseguro, según corresponda, durante la Etapa de cobertura inicial:</i> Medicamento de Nivel 1: Según su elegibilidad para Medicaid, usted paga: Por medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos): \$0 de copago; o \$1.60 de copago; o \$5.10 de copago; o 25% del costo.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	\$0 de copago; o \$4.80 de copago; o \$12.15 de copago; o 25% del costo. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapa de cobertura en situaciones catastróficas Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	Por cualquier otro medicamento: \$0 de copago; o \$5.10 de copago; o \$12.65 de copago; o 25% del costo. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapa de cobertura en situaciones catastróficas Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).	\$0 o \$72.30 para la prima de la Parte D	\$0 o \$58.80 para la prima de la Parte D

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

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que haya pagado ese monto, por lo general, no debe 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 Dado que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar los gastos de bolsillo que se computan para el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B Los costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$8,900 Una vez que haya pagado \$8,900 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.	\$9,250 Una vez que haya pagado \$9,250 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de proveedores* de 2026 www.ElderServeHealth.org para saber 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* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.ElderServeHealth.org.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo postal.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de proveedores a mitad de año lo afecta, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (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 la *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos 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. Consulte el *Directorio de farmacias* de 2026 www.ElderServeHealthPlans.org para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.ElderServeHealth.org.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre la farmacia o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo postal.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

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

Tenga en cuenta que en el Aviso anual de cambios se informan los cambios en los costos y beneficios de Medicare y *Medicaid*.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de emergencia	Usted paga un copago de \$110 por cada visita al consultorio. Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga un monto de copago de \$0.	Usted paga un copago de \$115 por cada visita al consultorio. Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga un monto de copago de \$0.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$45 por visita. Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga un monto de copago de \$0.	Usted paga un copago de \$40 por visita. Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga un monto de copago de \$0.
Artículos de venta libre (OTC)	\$218 por mes. Todo monto que no se use <u>no</u> se transfiere al período siguiente.	\$302 por mes. Todo monto que no se use <u>no</u> se transfiere al período siguiente.
Beneficio para artículos de venta libre (OTC) + servicios públicos + comestibles	\$218 por mes. Se le permite gastar el 50% (\$109) del monto del beneficio de OTC en alimentos y productos frescos. Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los beneficios complementarios	\$302 por mes. Además, este beneficio se puede aplicar al pago de servicios públicos, alimentos y productos frescos. El dinero otorgado para el beneficio no puede transferirse al mes siguiente. El beneficio

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	especiales para enfermedades crónicas (beneficio para comestibles) se combinan con el beneficio para artículos de OTC para cubrir ciertos comestibles como parte de la asignación mensual para OTC, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados. Los beneficios mencionados son parte del programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Algunos ejemplos de afecciones incluyen <i>trastorno cardiovascular, hipertensión, osteoartritis, trastorno endocrino y trastorno gastrointestinal</i>. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar basándose únicamente en su afección. A los miembros elegibles se les notificará y recibirán instrucciones sobre cómo acceder a este beneficio.	no puede canjearse por dinero en efectivo. Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas (beneficio para comestibles) se combinan con el beneficio para artículos de OTC para cubrir ciertos comestibles como parte de la asignación mensual para OTC, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados. Los beneficios mencionados son parte del programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Algunos ejemplos de afecciones incluyen <i>trastorno cardiovascular, hipertensión, osteoartritis, trastorno endocrino y trastorno gastrointestinal</i>. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar basándose únicamente en su afección. A los miembros elegibles se les notificará y recibirán instrucciones sobre cómo acceder a este beneficio.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Acupuntura	30 visitas por año	40 visitas por año
Servicios dentales	Servicios dentales preventivos complementarios: Usted paga \$0 de copago por los siguientes servicios dentales preventivos complementarios: Exámenes orales: 3 visitas Evaluación oral periódica, 1 cada 6 meses. Radiografías dentales: Intraoral, periapical (D0230, D0240) 6 veces cada 12 meses; sin cobertura Radiografías interproximales: 3 cada 12 meses; con cobertura Sialografía: 2 por semana; con cobertura Imagen radiográfica panorámica: 1 cada 3 años; sin cobertura Tratamiento con flúor: 1 cubierto hasta los 20 años Servicios dentales integrales: Se requiere derivación	Servicios dentales preventivos complementarios: Usted paga \$0 de copago por los siguientes servicios dentales preventivos complementarios: Exámenes orales: 1 visita Evaluación oral periódica: 2 cada 6 meses Radiografías dentales: Intraoral, periapical (D0230, D0240) 6 veces cada 12 meses; con cobertura Radiografías interproximales: 3 cada 12 meses; sin cobertura Sialografía: 2 por semana; sin cobertura Imagen radiográfica panorámica: 1 cada 3 años; con cobertura Tratamiento con flúor: Cada tres meses Servicios dentales integrales: No se requiere derivación

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Puede obtener la Lista de medicamentos *completa* llamando a Servicios para Miembros

al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitar nuestro sitio web en (www.ElderServeHealth.org).

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir eliminar

o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente.

Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos

en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con el profesional que receta para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

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

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Extra), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un material separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda Extra para pagar los medicamentos con receta)*,

que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda Extra y no recibe este material antes del *30 de septiembre*, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) and y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay tres **etapas de pago de los 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.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

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

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

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

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuentos del Fabricante. Conforme al Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que pagan los fabricantes dentro del Programa de Descuentos del Fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	\$590 El monto de su deducible puede ser \$0, según el nivel de “Ayuda Extra” que reciba. (Consulte el anexo por separado, la Cláusula adicional LIS, para conocer el monto de su deducible).	\$615 El monto de su deducible puede ser \$0, según el nivel de “Ayuda Extra” que reciba. (Consulte el anexo por separado, la Cláusula adicional LIS, para conocer el monto de su deducible).

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

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

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a largo plazo; o para recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 1:	Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar es \$: Por medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos): \$0 de copago; o \$1.60 de copago; o \$4.90 de copago; o 25% del costo. Por cualquier otro medicamento: \$0 de copago; o \$4.80 de copago; o \$12.15 de copago; o 25% del costo. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar es \$: Por medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos): \$0 de copago; o \$1.60 de copago; o \$5.10 de copago; o 25% del costo. Por cualquier otro medicamento: \$0 de copago; o \$5.10 de copago; o \$12.65 de copago; o 25% del costo. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Para obtener información específica sobre sus 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 recetas de Medicare	El plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.	Si participa en el plan de pago de recetas 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 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, no necesita hacer nada. Si no se suscribe a un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan *ElderServe MAP (HMO 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. Se cancelará automáticamente su inscripción en *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que pague una multa por inscripción tardía de la Parte D.
- **Para obtener más información acerca de Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You 2026 (Medicare y usted para 2026)*, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (vaya a la Sección 5), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Queremos recordarle que *ElderServe Health* ofrece otros planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden ofrecer una cobertura diferente, primas mensuales del plan y montos de costos compartidos diferentes.

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

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

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) 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 para cambiar su cobertura durante el año. Por ejemplo, las personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda Extra para pagar sus medicamentos

- Dejaron o dejarán la cobertura del empleador
- Se mudaron fuera del área de servicio de nuestro plan

Dado que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan si elige una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan separado de 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 de la inscripción automática), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente dejó una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Extra de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda Extra para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, comuníquese con:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - La oficina de Medicaid de su estado.

- **Ayuda del programa de asistencia para medicamentos de su estado (SPAP).**

New York tiene un programa denominado Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP). Para conocer el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.

- **Asistencia con los costos compartidos de los 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 tienen VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través de los Programas de atención médica para pacientes con VIH que no tienen seguro médico del estado 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. Cuando llame, no olvide indicar el nombre o el número de póliza de su plan de Medicare Parte D.

- **El plan de pago de recetas de Medicare.** El plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda Extra de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, tiene más ventajas que la participación en el plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en el plan de pago de recetas de Medicare, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 Preguntas

Obtener ayuda de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266.** (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Estamos disponibles para recibir 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 ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.ElderServeHealth.org o llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.ElderServeHealth.org**

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

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En *New York*, el SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP) de la Oficina de la Tercera Edad.

Llame al *HIICAP* para obtener asesoramiento personalizado gratuito sobre el seguro de salud. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y Medicaid, y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al *HIICAP* al 1-800-701-0501. Puede obtener más información acerca del *HIICAP* visitando su sitio web (<https://www.aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance>)

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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite www.Medicare.gov**

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

- **Lea *Medicare & You 2026 (Medicare y usted para 2026)***

El manual *Medicare & You 2026 (Medicare y usted para 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 respuestas a 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga ayuda de Medicaid

Llame a la línea de ayuda de Medicaid de New York al 1-800-541-2831 de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para obtener ayuda con la inscripción en Medicaid o si tienen preguntas sobre los beneficios.

Aviso de no discriminación de ElderServe Health, Inc.

ElderServe Health, Inc. cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita en el la ley 45 CFR § 92.101(a)(2)). ElderServe Health, Inc. no excluye a las personas ni las trata en términos menos favorables por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ElderServe Health, Inc.:

- Proporciona modificaciones razonables y servicios y asistencia auxiliares gratuitos adecuados a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que puede incluir:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, servicios y asistencia auxiliares adecuados, o servicios de asistencia en otros idiomas, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles. Si considera que ElderServe Health, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o usted ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

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

Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por vía 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 electrónico o teléfono al:

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>

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.

(Yiddish) יידיש ש נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. צונעמען אידס און באדינונגס אלער צראוויידינג אינאלאקאמאציע אין צוטריטלעך אללאקאמאצירונגען זענען אויך בנימצא פריי. רופן **800-362-2266** (TTY: **711**) אדער רעדן 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।