



Hamaspik Medicare Select (HMO D-SNP) ofrecido por Hamaspik Inc.

Notificación Anual de Cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de Hamaspik Medicare Select.

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

- Usted tiene desde el 15 de octubre al 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año. Si no se registra en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá en Hamaspik Medicare Select.
- Para cambiar a un plan diferente, visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o revise la lista en el reverso de su manual Medicare y Usted 2027.
- Tenga en cuenta que éste es sólo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y reglas en la Evidencia de Cobertura. Puede obtener una copia en <https://www.hamaspik.com/members/medicare-select#resources> o llamar a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (usuarios TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo postal. También puede revisar la Evidencia de Cobertura enviada por correo postal por separado para saber si otros beneficios o cambios en los costos le afectan.

Más recursos

- Este material está disponible de manera gratuita en español. Esta EOC está disponible en español. Por favor, llame a servicios para miembros.
- Si su idioma nativo no es el inglés, nuestros Servicios para Miembros pueden ayudarle con la traducción verbal. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774.
- Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711). Disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Esta llamada es gratuita.
- La información también está disponible en formatos alternativos como imprenta grande y Braille. Llame a Servicios para Miembros a los números mencionados para obtener más información.

Acerca de Hamaspik Medicare Select

- Hamaspik Medicare Select está dirigido por una organización privada. Como todos los Planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales tiene la aprobación de Medicare. Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de New York Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este material sugiere los términos “nosotros,” o “nuestro/a,” se refiere a Hamaspik, Inc. Cuando indica “plan” o “nuestro plan,” se refiere a Hamaspik Medicare Select.
- Si no realiza acción alguna antes del 7 de diciembre de 2026 pasará automáticamente a estar inscrito en Hamaspik Medicare Select. A contar del 1 de enero de 2027, comenzará a recibir su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Hamaspik Medicare Select. Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar de planes y los plazos límite para realizar un cambio.

Tabla de Contenidos

Resumen de Costos Importantes para 2027	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan.....	7
Sección 1.2 Cambios en su monto máximo fuera del bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	8
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos	9
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....	9
Sección 1.7 Cambios en los Beneficios y Costos de Medicamentos Recetados	10
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	13
SECCIÓN 3 Cómo cambiar planes.....	13
Sección 3.1 Plazo límite para cambiar planes.....	14
Sección 3.2 ¿Existen otros momentos del año para realizar un cambio?	14
SECCIÓN 4 Obtener ayuda con el pago de medicamentos recetados	15
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	16
Consiga ayuda de Hamaspik Medicare Select	16
Obtenga asesoría gratuita sobre Medicare	17
Conseguir ayuda de Medicare	17
Conseguir ayuda de Medicaid.....	17

Resumen de Costos Importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual de plan* * Su prima puede ser más alta que este monto. Vaya a la Sección 1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Deducible	\$283 excepto para insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.	\$283 excepto para insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero Este es el monto para 2026 y podría cambiar en 2027. Hamaspik Medicare Select entregará los montos actualizados tan pronto como estén disponibles. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.
Monto máximo fuera del bolsillo Este corresponde al monto máximo que pagará de su bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Vaya a la Sección 1 para obtener detalles).	\$9,250 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$9,850 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Visitas a consulta de atención primaria	20% por visita Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en	20% por visita

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	virtud de Medicaid, usted probablemente pague \$0 por visita.	Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted probablemente pague \$0 por visita.
Visitas a consulta de especialista	20% por visita Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted probablemente pague \$0 por visita.	20% por visita Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted probablemente pague \$0 por visita.
Hospitalizaciones Incluye diversos tipos de hospitalizaciones como cuidado intensivo, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que se le admite formalmente con una orden médica y finaliza el día previo a su alta médica.	• Deducible de \$1,763 • Días 1 a 60: • \$0 por día • Días 61 a 90: • \$434 por día • 91 días y más: \$868 al día por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida) Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.	• Deducible de \$1,763 • Días 1 a 60: • \$0 por día • Días 61 a 90: • \$434 por día • 91 días y más: \$868 al día por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida) Estos son los montos de reparto de costos de 2026 y podrían cambiar en 2027. Le haremos entrega de los montos actualizados tan pronto como estén disponibles. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Vaya a la Sección 1 para obtener detalles, incluido el Deducible anual, Cobertura inicial y Etapas de cobertura catastrófica).	Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D \$615 \$0 durante la Etapa de Cobertura Inicial: Medicamentos de Nivel 1: Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos: - Medicamentos genéricos: \$0, o copago de \$1.60, o copago de \$5.10 - Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.90, o copago de \$12.65 Nota: Todos los medicamentos recetados cubiertos figuran en un Nivel único. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapas de Cobertura Catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D \$700 \$0 durante la Etapa de Cobertura Inicial: Medicamentos de Nivel 1: Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos: - Medicamentos genéricos: \$0, o copago de \$1.65, o copago de \$5.80 - Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$5.00, o copago de \$14.40 Nota: Todos los medicamentos recetados cubiertos figuran en un Nivel único. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapas de Cobertura Catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Primas mensuales de plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid se encargue de pagarla por usted).	\$0	\$0 No habrá cambio en la prima de su plan para el próximo año.

Sección 1.2 Cambios en su monto máximo fuera del bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud restrinjan cuánto paga usted de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo de gasto fuera del bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, no tendrá que pagar nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto de año.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo fuera del bolsillo El reparto de costos pagado por el beneficiario, Medicaid y otro seguro secundario contribuyen hacia este máximo fuera del bolsillo. Debido a que nuestros miembros obtienen el mayor reparto de costo pagado por Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de desembolso personal. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$9,250	\$9,850 Una vez que haya pagado \$9,850 fuera del bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto de año calendario.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se contabilizan respecto del monto máximo fuera del bolsillo. Sus costos por los medicamentos recetados no se contabilizan respecto del monto máximo fuera del 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 de 2027 <https://www.hamaspik.com/directory-search> para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) siguen en nuestra red. Esta es la forma de obtener un Directorio de Proveedores actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.hamaspik.com.
- Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Proveedores.

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Usted podría tener un periodo de inscripción especial si su proveedor abandona la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su Evidencia de Cobertura.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados podrían depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de Farmacias de 2027 <https://www.hamaspik.com/directory-search> para saber qué farmacias están en nuestra red. Esta es la forma de obtener un Directorio de Farmacias actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.hamaspik.com.

- Llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Farmacias.

Es posible que realicemos cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

La Notificación Anual de Cambios le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Beneficios de venta libre (OTC)	En 2026, cubrimos un máximo de \$190.00 al mes para productos de salud de venta libre. Los tipos de productos que se pueden comprar utilizando este beneficio están aprobados por CMS. Si califica, podría asignar cualquier monto de su subvención mensual de \$190 con tarjeta OTC respecto al beneficio alimentario y de servicios públicos de SSBCI.	En 2027, cubrimos un máximo de \$175.00 al mes para productos de salud de venta libre. Los tipos de productos que se pueden comprar utilizando este beneficio están aprobados por CMS. Si califica, podría asignar cualquier monto de su subvención mensual de \$175 con tarjeta OTC respecto al beneficio alimentario y de servicios públicos de SSBCI.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Puede encontrar una “Lista de medicamentos” de manera electrónica.

Puede obtener la Lista de medicamentos completa llamando a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (usuarios TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web (<https://www.hamaspik.com/directory-search>).

Realizamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, los cuales podrían contemplar la eliminación o incorporación de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o su desplazamiento a un nivel de reparto de costos diferente. Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para saber si existirá alguna restricción, o si sus medicamentos fueron desplazados a un nivel de reparto de costos diferente.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios según lo permitan las normas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea casi todos los meses para ofrecer una lista de medicamentos más reciente. Si realizamos un cambio que afecte su acceso a un medicamento que esté consumiendo, le enviaremos una notificación respecto al cambio.

Si le afecta alguno de los cambios en la cobertura de medicamentos a comienzos del año o durante el transcurso del año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico recetante para encontrar opciones, como solicitar un suministro temporal, pedir una excepción o intentar buscar un nuevo medicamento. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Sección 1.7 Cambios en los Beneficios y Costos de Medicamentos Recetados

¿Recibe usted Ayuda Adicional para pagar por sus costos de cobertura por medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (Ayuda Adicional), la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D podría no aplicarse en su caso. Hemos incluido un material separado, llamado Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados que le informa sobre sus costos de medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibió este material junto a este paquete, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula Adicional LIS.

Etapas de pago de medicamentos

Existen 3 etapas de pago por medicamentos: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica.

- Etapa 1: Deducible Anual

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

- Etapa 2: Cobertura Inicial

Una vez que pague el deducible anual, puede pasar a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Usted generalmente permanece en esta etapa hasta que sus costos de desembolso personal del año a la fecha alcancen los \$2,400.

- Etapa 3: Cobertura Catastrófica:

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted por lo general permanece en esta etapa para el resto del año calendario.

El Programa de Descuento en la Brecha de Cobertura también ha sido reemplazado por el Programa de Descuento de Fabricante. En virtud del Programa de Descuento de Fabricante, los fabricantes de medicamentos podrían pagar una parte del costo total de nuestro plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuento de Fabricante no se contabilizan respecto a los costos fuera del bolsillo.

Costos de Medicamentos en Etapa 1: Deducible Anual

La tabla muestra su costo según la receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible Anual	\$615	\$700

Costos de Medicamentos en Etapa 2: Cobertura Inicial

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con reparto de costos estándar.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos tienen cobertura y no implican un costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de vacunas o información sobre los costos para recetas de pedido por correo postal, consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.

Una vez que haya pagado los \$2,400 de su bolsillo para medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Todos los medicamentos recetados cubiertos figuran en un Nivel único.	Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos: • Medicamentos genéricos: \$0, o copago de \$1.60, o copago de \$5.10, o no más del 25% de coaseguro por receta. • Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.90, o copago de \$12.65, o no más del 25% de coaseguro por receta. Notas: El reparto de costo se fundamenta en su nivel de “Ayuda adicional”.	Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos: • Medicamentos genéricos: \$0, o copago de \$1.65, o copago de \$5.80, o no más del 25% de coaseguro por receta. • Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$5.00, o copago de \$14.40, o no más del 25% de coaseguro por receta. Notas: El reparto de costo se fundamenta en su nivel de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Administrador de Beneficio Farmacéutico (PBM)	Prime Therapeutics administra sus beneficios farmacéuticos, incluido su procesamiento de solicitudes y la gestión de la red farmacéutica.	MedImpact administrará sus beneficios farmacéuticos, incluido su procesamiento de solicitudes y la gestión de la red farmacéutica. Sus medicamentos cubiertos y la red farmacéutica podría cambiar en 2027.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar planes

Para permanecer Hamaspik Medicare Select, no es necesario que haga algo. A menos que se registre en un plan de salud de Medicare diferente o cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, pasará automáticamente a estar inscrito en nuestro Hamaspik Medicare Select.

Si desea cambiar planes para 2027, siga estos pasos:

- Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbase en el nuevo plan. Se le desvinculará automáticamente de Hamaspik Medicare Select. Recuerde, no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos recetados. También, tenga en cuenta que para muchos planes, no puede unirse a un plan de salud de Medicare y comprar en simultáneo un plan de medicamentos recetados.
- Para cambiar a Original Medicare con cobertura individual de medicamentos de Medicare, puede inscribirse en un plan de la Parte D y automáticamente se cancelará su inscripción en Hamaspik Medicare Select.
- Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, usted puede enviarnos una solicitud por escrito para desvinculación. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711). O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que le desvinculen. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- Para aprender más acerca de Original Medicare y sobre los diferentes tipos de planes de Medicare, visite (www.Medicare.gov), lea el manual Medicare y Usted 2027 manual, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consultar Sección 5), o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, Hamaspik, Inc ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes podrían diferir en términos de cobertura, primas mensuales de plan y montos de reparto de costos.

Sección 3.1 Plazo límite para cambiar planes

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura desde el 15 de octubre al 7 de diciembre cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage el 1 de enero de 2027 y no está conforme con su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura individual de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Existen otros momentos del año para realizar un cambio?

En determinadas situaciones, las personas podrían tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Los ejemplos contemplan a personas que:

- Tengan Medicaid
- Reciban Ayuda Adicional para sus medicamentos
- Tengan o abandonen la cobertura del empleador
- Se trasladen fuera del área de servicio de nuestro plan

Debido a que tiene Medicaid, usted puede dar término a su membresía en nuestro plan al elegir una de las siguientes alternativas de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado,
- Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (Si elije 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 proporcione sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si hace poco se mudó o actualmente vive en una institución (como una instalación de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare en cualquier momento. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiar a Original Medicare por 2 meses completos después de un mes de su salida.

SECCIÓN 4 Obtener ayuda con el pago de medicamentos recetados

Usted podría calificar para recibir ayuda con el pago de los medicamentos recetados. Tenemos a disposición diferentes tipos de ayuda:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para Ayuda Adicional para pagar por sus costos de medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare puede pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos recetados, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, deducibles anuales y coaseguro. Además, quienes califiquen no estarán sujetos a una penalización por inscripción tardía. Para saber si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - 1-800-772-1213 para contactar a la Oficina del Seguro Social, entre las 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para encontrar un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - Su Oficina Estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (SPAP).** Muchos estados cuentan con un programa denominado Seguro de Cobertura Farmacéutico para Ancianos (o EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de su necesidad económica, edad o condición médica. Para aprender más acerca del programa, verifique con su Programa de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org, o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia de reparto de costos de receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y tener una condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también tienen cobertura de ADAP califican para ayuda de reparto de costos para recetas a través del Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) del Estado de New York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o cómo seguir recibiendo asistencia si ya está inscrito, llame al Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) de New York. Asegúrese al llamar de informarles acerca nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.
- **El Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a gestionar sus costos fuera del bolsillo para medicamentos cubiertos por nuestro plan al esparcirlos durante el transcurso del año calendario (enero a diciembre). Cualquiera con un plan de

medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como el plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Si está participando en el Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación será renovada de forma automática para 2027 y no es necesario que envíe una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027.

- Esta alternativa de pago podría ayudarle a gestionar sus gastos, pero no ahorra su dinero o reduce sus costos por medicamentos.

La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, reporta más ventajas que la participación en el Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare. Para informarse más acerca de esta alternativa de pago, llámenos al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Consiga ayuda de Hamaspik Medicare Select

- Llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Estamos disponibles los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2026 al 31 de marzo de 2027. Desde el 1 de abril de 2027 al 30 de septiembre de 2027, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- Lea su Evidencia de Cobertura 2027.

Esta Notificación Anual de Cambios le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para conocer los detalles, revise la Evidencia de Cobertura 2027 para Hamaspik Medicare Select. La Evidencia de Cobertura es la descripción legal y detallada de nuestros beneficios del plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Obtenga la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web www.hamaspik.com o llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo postal. También puede revisar la Evidencia de Cobertura enviada por correo postal por separado para saber si otros beneficios o cambios en los costos le afectan.

- Visite www.hamaspik.com

Nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores/Directorio de Farmacias) y nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

Obtenga asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa de gobierno independiente con consejeros capacitados en cada estado. En el Estado de New York, SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (HIICAP).

Llame a Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (HIICAP) para obtener asesoría gratuita de seguro de salud personalizada. También pueden ayudarle a comprender sus alternativas del plan Medicare y Medicaid y a responder preguntas sobre el cambio de plan. Llame al Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (HIICAP) al 1-800-701-0501. Obtenga más información sobre el Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (HIICAP) visitando <https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs>.

Conseguir ayuda de Medicare

- Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

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

- Chatee en vivo con www.Medicare.gov

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

- Escriba a Medicare

Usted puede escribir a Medicare a la dirección PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- Visite Medicare.gov

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre el costo, cobertura y las Calificaciones por Estrellas en torno a la calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- Lea Medicare y Usted 2027

Cada otoño, el manual Medicare y Usted 2027 se envía a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Conseguir ayuda de Medicaid

Llame al Programa de Medicaid del Estado de New York al 1-800-541-2831 de lunes a viernes 8:00AM- 8:00PM, sábados de 9:00AM-1:00PM. Los usuarios TTY deben llamar al 711 para solicitar ayuda con la inscripción de Medicaid o por preguntas de beneficios. También puede encontrar información en nuestro sitio web en https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

**Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice
Notificación de Disponibilidad de Servicios de Asistencia de Idioma
y Ayudas y Servicios Auxiliares**

English: ATTENTION: If you speak English, 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 1-888-426-2774 (TTY 711) or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, dispone de servicios gratuitos de asistencia lingüística. También dispone de recursos y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-888-426-2774 (TTY 711) o hable con su proveedor.

Chinese Mandarin: 注意：如果您讲中文普通话，我们提供免费的语言协助服务。此外，我们还免费提供相应的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。请致电 1-888-426-2774 (TTY 711)X 或联系您的服务提供商。

Chinese Cantonese: 注意：如果您講粵語，我們可以為您提供免費的語言協助服務。還免費提供適當的輔助工具和服务，以可存取的格式提供資訊。請致電 1-888-426-2774 (TTY 711)X 或與您的提供者聯絡。

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 1-888-426-2774 (TTY 711) o makipag-usap sa iyong provider.

French: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir de l'information dans des formats accessibles sont également offerts gratuitement. Composez le 1-888-426-2774 (TTY 711) ou parlez-en à votre fournisseur.

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-888-426-2774 (TTY 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenten-Angebote zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Angebote zur barrierefreien Informationsbereitstellung sind kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-888-426-2774 (TTY 711) an oder wenden Sie sich an Ihren Anbieter.

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. 1-888-426-2774 (TTY 711)X번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-888-426-2774 (TTY 711)X или обратитесь к своему поставщику услуг.

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 1-888-426-2774 (TTY 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Hindi: 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। 1-888-426-2774 (TTY 711)X पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italian: ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-888-426-2774 (TTY 711) o rivolgiti al tuo fornitore.

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, estão disponíveis para si serviços gratuitos de assistência linguística. Os recursos auxiliares e os serviços adequados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-888-426-2774 (TTY 711)X ou fale com o seu fornecedor.

French Creole: ATANSYON: Si ou pale Kreyòl, sèvis asistans lang gratis la disponib pou ou. Zouti ak sèvis yo ki bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele 1-888-426-2774 (TTY 711)X oswa pale ak founisè ou.

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 1-888-426-2774 (TTY 711)X lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Japanese: 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-888-426-2774 (TTY 711)X までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Formulario Aprobado

Formulario CMS-10802

OMB# 0938-1421