

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

# **Notificación Anual de Cambios para 2026**

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 2025, permanecerá en Hamaspik Medicare Select.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o revise la lista en el reverso de su manual Medicare y Usted 2026.
- 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). El personal de Servicios para Miembros está 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 abril de 1 a septiembre de 30, 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 sugiera los términos “nosotros,” o “nuestro/a,” se refiere a Hamaspik Inc.). Cuando sugiera los términos “plan” o “nuestro plan,” se refiere a Hamaspik Medicare Select.
- **Si no realiza acción alguna antes del 7 de diciembre de 2025 pasará automáticamente a estar inscrito en Hamaspik Medicare Select.** A contar del 1 de enero de 2026, comenzará a recibir su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Hamaspik Medicare Select. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de planes y los plazos límite para realizar un cambio.

## Tabla de Contenidos

<b>Resumen de Costos Importantes para 2026 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1      Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>8</b>
Sección 1.1      Cambios en la prima mensual del plan .....	8
Sección 1.2      Cambios en su monto máximo fuera del bolsillo.....	8
Sección 1.3      Cambios en la red de proveedores.....	9
Sección 1.4      Cambios en la red de farmacia .....	9
Sección 1.5 –      Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos .....	10
Sección 1.6 –      Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....	155
Sección 1.7      Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados.....	166
<b>SECCIÓN 2      Cambios Administrativos .....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 3      Cómo cambiar de planes.....</b>	<b>19</b>
Sección 3.1      Plazo límite para cambiar planes .....	19
Sección 3.2      ¿Existen otros momentos del año para realizar un cambio?.....	200
<b>SECCIÓN 4      Obtener ayuda con el pago de los medicamentos recetados .....</b>	<b>211</b>
<b>SECCIÓN 5      ¿Preguntas? .....</b>	<b>222</b>
Conseguir ayuda de Hamaspik Medicare Select.....	222
Conseguir asesoría gratuita sobre Medicare.....	222
Conseguir ayuda de Medicare.....	233
Conseguir ayuda de Medicaid.....	23

## Resumen de Costos Importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<b>Prima mensual de plan*</b>	\$0	<b>\$0</b>
* Su prima puede ser más alta que este monto. Vaya a la Sección 1 para obtener detalles.		
<b>Deductible</b>	<p>\$257 excepto para insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p><b>\$257 excepto para insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero.</b></p> <p><b>Este es el monto para 2025 y podría cambiar en 2026. Hamaspik Medicare Select entregará los montos actualizados tan pronto como estén disponibles.</b></p> <p><b>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</b></p>
<b>Monto máximo fuera del bolsillo</b>	\$9,350	<b>\$9,250</b>
Este corresponde al monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Vaya a la Sección 1 para obtener detalles).	<p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo fuera del bolsillo para</p>	<p><b>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo fuera del bolsillo para</b></p>

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
	servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.	<b>servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</b>
<b>Visitas a consulta de atención primaria</b>	20% por visita  Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.	<b>20% por visita</b>  <b>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.</b>
<b>Visitas a consulta de especialista</b>	20% por visita  Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.	<b>20% por visita</b>  <b>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.</b>
<b>Hospitalizaciones</b> Incluye cuidado intensivo intrahospitalario, rehabilitación intrahospitalaria, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios intrahospitalarios. La atención intrahospitalaria comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con una orden médica. El día previo a que le den de alta es su último día de estancia hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible de \$1,632</li> <li>• Días 1 a 60:</li> <li>• \$0 por día</li> <li>• Días 61 a 90:</li> <li>• \$408 por día</li> </ul> <p>91 días y más: \$816 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Deducible de \$1,676</b></li> <li>• <b>Días 1 a 60:</b></li> <li>• <b>\$0 por día</b></li> <li>• <b>Días 61 a 90:</b></li> <li>• <b>\$419 por día</b></li> </ul> <p><b>Días 91 días y más: \$838 al día por cada "día de reserva de vida" (hasta 60 días durante su vida)</b></p> <p><b>Estos son los montos de reparto de costos de 2025 y podrían cambiar en 2026.</b></p> <p><b>Leharemos entrega de los montos actualizados tan pronto como estén disponibles. Si es elegible para reparto de costos de Medicare</b></p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<b>en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</b>
<b>Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D</b>  (Vaya a la Sección [editar número según sea necesario] 1 para obtener detalles).	\$590 salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D.	<b>\$615 salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D.</b>
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b>  (Vaya a la Sección 1 para obtener detalles, incluido el Deducible anual, Cobertura inicial y Etapas de cobertura catastrófica).	<p>durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: Dependiendo del nivel de "ayuda adicional", usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos genéricos: \$0, o copago de \$1.60, o copago de \$4.90</li> <li>• Medicamentos de marca: copago de \$0 o \$4.80, o copago de \$12.15</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Todos los medicamentos recetados cubiertos figuran en un Nivel único.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Etapa de Cobertura Catastrófica:</b></p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>	<p><b>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</b></p> <p><b>Medicamentos de Nivel 1: Dependiendo del nivel de "ayuda adicional", usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos genéricos: \$0, o copago de \$1.60, o copago de \$5.10, o no más del 25% de coaseguro por receta.</b></li> <li>• <b>Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.90, o copago de \$12.65, o no más del 25% de coaseguro por receta.</b></li> </ul> <p><b>Notas:</b></p> <p><b>Todos los medicamentos recetados cubiertos figuran en un Nivel único.</b></p>

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
		<p><b>El reparto de costo se fundamenta en su nivel de “Ayuda adicional”.</b></p> <p><b>: Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b></p> <p><b>Etapa de Cobertura Catastrófica:</b></p> <p><b>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</b></p>

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

### **Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan**

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
<b>Primas mensuales de plan</b> (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid se encargue de pagarla por usted).	\$0	<b>\$0</b>  <b>No habrá cambio en la prima de su plan para el próximo año.</b>

### **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.

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
<b>Monto máximo fuera del bolsillo</b> Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de desembolso personal.  Si es elegible para recibir ayuda de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y Parte B, usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo fuera del bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.  Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y	\$9,350	<b>\$9,250</b>  <b>Una vez que haya pagado \$9,250 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.</b>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
deductibles) no se contabilizan respecto del monto máximo fuera del bolsillo. Sus costos por los medicamentos recetados <b>no</b> 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 2026 <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..](http://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 envíemos 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. 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 utiliza. 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 2026 <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..](http://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 envíemos 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.

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
<b>Artículos sanitarios de venta libre</b>	<p>En 2025, 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. Además, si califica, podría usar \$75 de su subvención mensual respecto a los beneficios alimentarios y de servicios públicos de SSBCI.</p>	<p><b>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 usar cualquier monto de su subvención mensual de \$190 con tarjeta OTC respecto al beneficio alimentario y de servicios públicos de SSBCI.</b></p>

<b>Beneficios suplementarios especiales para miembros con enfermedades (SSBCI)</b>	<p>Usted es elegible para este beneficio si tiene tres (3) o más condiciones crónicas en 2025. Puede usar \$75 por mes de su beneficio OTC para la compra de alimentos y otros productos. Si califica, también puede usar \$75 al mes para cubrir el costo de servicios domésticos. El beneficio se administrará con una tarjeta de débito precargada, que es válida para comprar en las tiendas minoristas aprobadas por el plan.</p>	<p><b>Usted es elegible para SSBCI si tiene al menos 3 de las enfermedades crónicas identificadas en esta sección. Si califica, podría asignar cualquier monto de su subvención mensual de \$190 con tarjeta OTC para compra de alimentos o pago de servicios públicos.</b></p> <p><b>Consulte el Capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura (EOC) de 2026 para obtener más información.</b></p>
<b>Servicios de Emergencia</b>	<p>Usted paga \$0 o 20% del costo total por visita hasta un máximo de \$110*</p> <p>*El reparto de costo se fundamenta en su nivel de asistencia de Medicaid</p>	<p><b>Usted paga \$0 o 20% del costo total por visita hasta un máximo de \$115*</b></p> <p><b>*El reparto de costo se fundamenta en su nivel de asistencia de Medicaid</b></p>

<b>Servicios Necesarios de Urgencia</b>	<p>Usted paga \$0 o 20% del costo total por visita hasta un máximo de \$45*</p> <p>*El reparto de costo se fundamenta en su nivel de asistencia de Medicaid</p>	<p><b>Usted paga \$0 o 20% del costo total por visita hasta un máximo de \$40*</b></p> <p><b>*El reparto de costo se fundamenta en su nivel de asistencia de Medicaid</b></p>
<b>Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare</b>	<p>Usted tiene cobertura de un 20% o coaseguro con pago \$0 para los siguientes servicios:</p> <p>Examen de glaucoma cubierto por Medicare; capacitación de autogestión de diabetes cubierta por Medicare; enemas de bario cubiertos por Medicare; exámenes rectales digitales cubiertos por Medicare; electrocardiograma cubierto por Medicare después de una Visita de bienvenida.</p> <p>El reparto de costo se fundamenta en su nivel de asistencia de Medicaid</p>	<p><b>Usted tiene cobertura de un 20% o coaseguro con pago \$0 para los siguientes servicios:</b></p> <p><b>Examen de glaucoma cubierto por Medicare; capacitación de autogestión de diabetes cubierta por Medicare; exámenes rectales digitales cubiertos por Medicare; electrocardiograma cubierto por Medicare después de una Visita de bienvenida.</b></p> <p><b>El reparto de costo se fundamenta en su nivel de asistencia de Medicaid</b></p>
<b>Otros servicios dentales preventivos cubiertos por Medicare</b>	No necesita una autorización antes de recibir estos servicios.	<b>No necesita una autorización antes de recibir estos servicios.</b>

**Exámenes oculares**

Usted podría realizarse 1 examen ocular cada 2 años sin solicitar información.

**Usted podría realizarse 1 examen ocular cada 2 años, pero con la necesidad de requerir autorización.**

**Beneficio de bienestar físico**

Su beneficio de bienestar físico incluye acceso sin costo a centros de ejercicio utilizando una red de instalaciones, clases de ejercicios en línea, coaching de aptitud física personalizado y herramientas para ejercitarse en casa. Usted cuenta con un kit de herramientas para ejercitarse en casa al año.

La elección de kit de aptitud física incluye: (1) Kit de rastreador de estado físico vestible, (2) Kit de yoga para principiantes con alfombra y toalla de mano, (3) Kit de yoga avanzado/intermedio con una correa de yoga t 2 bloques de yoga, (4) Kit de caminata/senderismo con 2 bastones, (5) Kit de fuerza para principiantes con mancuernas de 2 libras y bandas de ejercicio, (6) Kit de fuerza intermedia con mancuernas de 3 libras y bandas de ejercicio (7) Kit de fuerza avanzada con mancuernas de 5 libras y bandas de ejercicio, (8) Kit de pilates con una bola de pilates y toalla, (9) Kit de natación para principiantes con visores de natación y una tabla, o (10) Kit de natación avanzada con guantes de resistencia acuática y un flotador.

Las clases de ejercicio en línea se realizan a través del sitio web del proveedor,

**Usted tiene acceso al programa de Envejecimiento Saludable y Ejercicios Silver&Fit® sin costo. Con este programa, usted puede acceder sin costo a los centros de ejercicios participantes, así como a centros de aptitud física. Además, puede elegir 1 (un) kit de aptitud física en casa por beneficio al año sin costo. Usted dispone de 5 elecciones de kit de aptitud física de los cuales puede elegir:**

**1) Fuerza (incluye una banda de ejercicios) 2) Tonificación (incluye una bola de pilates)**

**3) Yoga (incluye una alfombra de yoga)**

**4) Autocuidado (incluye un rodillo de espuma) y Caminata (incluye un podómetro). (Los kits para el hogar podrían estar sujetos a cambios en función de la disponibilidad de los suministros).**

**Los miembros también pueden acceder a otras funciones del programa Silver&Fit incluidos miles de videos de entrenamiento a petición, eventos virtuales a través del club Well-Being, y sesiones de capacitación especializadas.**

	e incluye clases en vivo y pregrabadas.	
<b>Insertos/Zapatos terapéuticos para diabetes</b>	Autorización requerida	<b>Se requiere autorización para zapatos e insertos diabéticos. Los suministros rutinarios para diabetes no requieren de autorización.</b>

## 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 llamando 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. La Etapa de Brecha de Cobertura y el Programa de Descuento en la Brecha de Cobertura ya no están presentes como 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 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 totales de medicamentos alcancen \$2,100.

- **Etapa 3: Cobertura Catastrófica:**

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted paga 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.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<b>Deductible Anual</b>	\$590	<b>\$615</b>

### **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 \$2,100 de su bolsillo para medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
Todos los medicamentos recetados cubiertos figuran en un Nivel único.	<p>Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos genéricos: \$0, o copago de \$1.60, o copago de \$4.90</li> <li>• Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.80, o copago de \$12.15</li> </ul> <p>Notas: El reparto de costos se basa en su nivel de “Ayuda adicional”.</p>	<p><b>Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos genéricos:</b> <b>\$0, o copago de \$1.60, o copago de \$5.10, o no más del 25% de coaseguro por receta.</b></li> <li>• <b>Medicamentos de marca:</b> <b>\$0, o copago de \$4.90, o copago de \$12.65, o no más del 25% de coaseguro por receta.</b></li> </ul> <p><b>Notas:</b> <b>El reparto de costo se fundamenta en su nivel de “Ayuda adicional”.</b></p>

#### **Cambios en la Etapa de Cobertura Catastrófica:**

Para obtener información específica acerca de sus costos en la Etapa de Cobertura Catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6, en su Evidencia de Cobertura.

---

#### **SECCIÓN 2 Cambios Administrativos**

---

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<b>Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare</b>	<p>El Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare es una alternativa de pago que comenzó este año y que puede ayudarle a gestionar sus costos de bolsillo para medicamentos cubiertos por nuestro plan al esparcirlos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Puede que usted participe de esta opción de pago.</p>	<p><b>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 2026.</b></p> <p><b>Para informarse más acerca de esta alternativa de pago, llámenos al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) o visite <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a></b></p>

### SECCIÓN 3 Cómo cambiar planes:

**Para permanecer Hamaspik Medicare Select, no es necesario que haga algo.** A menos que se registre en un plan 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 2026, 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.
- **Para cambiar a Original Medicare con cobertura de medicamentos recetados de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se le desvinculará automáticamente de 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. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte (consulte la Sección 1).
- **Para aprender más acerca de Original Medicare y sobre los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov), lea el manual Medicare y Usted 2026, llame a su

Programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal (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 2026 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 de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

### **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 elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o
  - Si es elegible, un D-SNP integrado que le 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). Los usuarios TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, 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](http://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 por receta a través del Programa de Asistencia de Medicamentos AIDS (ADAP) de New York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o, si ya está inscrito, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos AIDS (ADAP) de New York. Asegúrese al llamar, de informarles sobre el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el 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 ayudarle a gestionar sus costos fuera del bolsillo para medicamentos cubiertos por nuestro plan al esparcirlos durante el transcurso del año calendario (enero a diciembre). Cualquier 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. **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. Todos los miembros son elegibles para participar en el Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare, independiente del nivel de ingresos. 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](http://www.Medicare.gov).

## **SECCIÓN 5 ¿Preguntas?**

---

### **Conseguir ayuda de Hamaspik Medicare Select**

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

Estamos disponibles para llamadas telefónicas. El personal de Servicios para Miembros está 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 abril de 1 a septiembre de 30, 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 2026.**

Esta Notificación Anual de Cambios le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para conocer los detalles, revise la Evidencia de Cobertura 2026 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](http://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 envíemos 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](http://www.hamaspik.com)**

Nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores/Directorío 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 (HICAP).

Llame a Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (HICAP) 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 a Información, Asesoramiento

y Asistencia en Seguros Médicos (HIICAP) al 1-800-701-0501. Obtenga más información acerca 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](http://www.Medicare.gov)**

Usted puede chatear en vivo en [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite [www.Medicare.gov](http://www.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 2026**

Cada otoño, el manual Medicare y Usted 2026 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](http://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/](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/)

### Servicios de intérprete en varios idiomas de HamaspiK Medicare Select

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-426-2774. (TTY, call 711.) Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Español:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-426-2774. (TTY 711.) Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-426-2774。(TTY 711) 我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonesese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-426-2774。(TTY 711) 我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888- 426-2774. (TTY 711) Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance- médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-426-2774. (TTY 711) Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-426-2774 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí . (TTY 711)

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-426-2774. (TTY 711) Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-426-2774 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다. (TTY 711)

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-426-2774. (TTY 711) Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** للحصول على . إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا هذه . سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك 888-426-2774-1. مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 711 (TTY) خدمة مجانية .

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके कक्षसी भी प्रश्न के जवाब देने के किए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपिष्ठ हैं। एक दुभाकिया प्राप्त करने के किए, बस हमें 1-888-426-2774 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है। (TTY 711)

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-426-2774. (TTY 711) Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-426-2774. (TTY 711) Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-426-2774. (TTY 711) Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-426-2774. (TTY 711) Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、[1-888-426-2774] にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。 (TTY 711)

Formulario Aprobado

OMB# 0938-1421

Formulario CMS-10802

(Expira el 12/31/26)

