

## eternalHealth Horizon (HMO) ofrecido por eternalHealth

### Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de eternalHealth Horizon (HMO).

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

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Tiene hasta el 7 de diciembre de 2025 para unirse a otro plan, de lo contrario, permanecerá en eternalHealth Horizon (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o revise la lista al final de su manual Medicare y usted 2026.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Puede encontrar más información sobre costos, beneficios y reglas en la Evidencia de Cobertura. Obtenga una copia en [www.eternalhealth.com](http://www.eternalhealth.com) o llame a Servicios para los miembros al 1-(800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre el horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

#### Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- eternalHealth ofrece servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares adecuados de forma gratuita. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y en al menos los 15 idiomas más comúnmente hablados por personas con dominio limitado del inglés en el estado o los estados relevantes en el área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para las personas con discapacidades que requieren ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación efectiva.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-(800) 680-4568 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre el horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Esta llamada es gratuita.
- Si necesita información en un idioma o en un formato diferente (como braille, audio o letra grande) o si necesita cualquier otro tipo de ayuda, llámenos al 1-(800) 680-4568 (TTY 711).

**Acerca de eternalHealth Horizon (HMO)**

- eternalHealth es una organización HMO/HMO-POS y PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en eternalHealth depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a eternalHealth. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a eternalHealth Horizon (HMO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, quedará inscrito automáticamente en eternalHealth Horizon (HMO).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos por medio de *eternalHealth Horizon (HMO)*. Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límite para realizar un cambio.

H3551-001\_ANOC2026\_C

## Índice

|                                                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <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>7</b>  |
| Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan.....                                  | 7         |
| Sección 1.2 Cambios en su cantidad máxima de gastos de 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.....                 | 14        |
| Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos<br>con receta ..... | 15        |
| <b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>                                         | <b>18</b> |
| <b>SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan .....</b>                                            | <b>19</b> |
| Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes .....                                        | 20        |
| Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para realizar un cambio? .....                   | 20        |
| <b>SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta .....</b>            | <b>20</b> |
| <b>SECCIÓN 5 ¿Preguntas?.....</b>                                                      | <b>22</b> |
| Obtenga ayuda de eternalHealth Horizon (HMO) .....                                     | 22        |
| Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare .....                                    | 22        |
| Obtenga ayuda de Medicare .....                                                        | 23        |

## Resumen de costos importantes para 2026

|                                                                                                                                                                                                                                                                | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                    | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br><br>*Su prima puede ser mayor a este monto. Vaya a la Sección 1 para obtener más detalles.                                                                                                                                   | \$0                                                                                                                                                                                                                   | \$0                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Máximo de gastos de bolsillo</b><br><br>Este es el <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vaya a la Sección 1 para obtener más detalles).                                                         | \$3,350<br><br>Cuando haya pagado \$3,350 de su bolsillo para servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario. | <b>\$3,350</b><br><br><b>Cuando haya pagado \$3,350 de su bolsillo para servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</b> |
| <b>Visitas al consultorio de atención primaria</b>                                                                                                                                                                                                             | \$0 por consulta                                                                                                                                                                                                      | \$0 por consulta                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Visitas al consultorio de especialistas</b>                                                                                                                                                                                                                 | \$0 por consulta                                                                                                                                                                                                      | \$0 por consulta                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Hospitalizaciones</b><br><br>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día | Paga \$150 de copago por día durante los días 1 a 7.<br><br>Paga \$0 de copago por día durante los días 8 a 90.<br><br>Paga \$0 de copago por día durante el día 91 y posteriores.                                    | <b>Paga \$180 de copago por día durante los días 1 a 7.</b><br><br><b>Paga \$0 de copago por día durante los días 8 a 90.</b><br><br><b>Paga \$0 de copago por día durante el día 91 y posteriores.</b>                             |

|                                                                                                                                                                                                          | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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.                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br>(Vaya a la Sección 1 para obtener más detalles).                                                                                          | Deducible:<br>\$200 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Deducible:</b><br><b>\$200 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br>(Vaya a la Sección 1 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas). | Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamento de la categoría 1: copago de \$0.</li> <li>Medicamento de la categoría 2: copago de \$5.</li> <li>Medicamento de la categoría 3: copago de \$45.<br/>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> <li>Medicamentos de categoría 4: 28% de coseguro.<br/>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> | <b>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Medicamento de la categoría 1: copago de \$0.</b></li> <li><b>Medicamento de la categoría 2: copago de \$5.</b></li> <li><b>Medicamento de la categoría 3: copago de \$47</b><br/> <b>Usted paga el menor de \$35 o el 25% del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</b> </li> </ul> |

|  | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos de categoría 5: 30% de coseguro.</li> </ul> <p>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Medicamentos de categoría 4: 35% de coseguro.</b></li> </ul> <p><b>Usted paga el menor de \$35 o el 25% del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Medicamentos de categoría 5: 30% de coseguro.</b></li> </ul> <p><b>Usted paga el menor de \$35 o el 25% del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</b></p> <p><b>Cobertura catastrófica:</b></p> <p><b>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los 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

|                                                                                                    | 2025<br>(este año) | 2026<br>(el próximo año)                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B). | \$0                | \$0<br><b>No habrá cambios en la prima del plan en 2026.</b> |

### Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- **Multa por inscripción tardía:** su prima mensual del plan será mayor si se le pide pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por quedarse sin otra cobertura de medicamentos que sea por lo menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada cobertura válida) por 63 días o más.
- **Recargo por ingresos más altos:** si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno para la cobertura de medicamentos de Medicare.

### Sección 1.2 Cambios en su cantidad máxima de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga al año en gastos de bolsillo. Este límite se llama cantidad máxima de gastos de bolsillo. Una vez que haya pagado esta cantidad, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

|                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Máximo de gastos de bolsillo</b><br>Sus gastos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) <b>cuentan</b> para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.<br>Sus gastos por medicamentos con receta <b>no cuentan</b> para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. | \$3,350<br>Cuando haya pagado \$3,350 de su bolsillo para servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario. | \$3,350<br><b>Cuando haya pagado \$3,350 de su bolsillo para servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</b><br><b>No habrá cambios en su máximo de gastos de bolsillo para 2026.</b> |

### 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 en [www.eternalhealth.com](http://www.eternalhealth.com) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [www.eternalhealth.com](http://www.eternalhealth.com)
- Llame a Servicios para los miembros al 1-(800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los 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 los miembros al 1-(800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona 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 usted 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. Revise el *Directorio de farmacias* de 2026 en [www.eternalhealth.com](http://www.eternalhealth.com) para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación le indicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [www.eternalhealth.com](http://www.eternalhealth.com).
- Llame a Servicios para los miembros al 1-(800) 891-6989 (TTY 711) para obtener información actualizada sobre la farmacia o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Podemos realizar 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 los miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

### Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

|                                                                 | 2025<br>(este año)                                                                                                                                         | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b>                    | Copago de \$75 a \$170 por servicio.<br>Copago de \$75 por ecografía. Copago de \$170 por cualquier otro diagnóstico radiológico.                          | <b>Copago de \$0 a \$170 por servicio.<br/>\$0 de copago por ecografía. \$170 de copago por todos los demás diagnósticos radiológicos.</b>                          |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes internados</b>        | Paga \$150 de copago por día, por el día 1 a 7<br>Paga \$0 de copago por día, por el día 8 a 90<br>Paga \$0 de copago por día, por el día 91 y posteriores | <b>Paga \$180 de copago por día, por el día 1 a 7<br/>Paga \$0 de copago por día, por el día 8 a 90<br/>Paga \$0 de copago por día, por el día 91 y posteriores</b> |
| <b>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</b> | Paga \$150 de copago por día, por el día 1 a 7<br>Paga \$0 de copago por día, por el día 8 a 90<br>Paga \$0 de copago por día, por el día 91 y posteriores | <b>Paga \$180 de copago por día, por el día 1 a 7<br/>Paga \$0 de copago por día, por el día 8 a 90<br/>Paga \$0 de copago por día, por el día 91 y posteriores</b> |

|                                                             | <b>2025<br/>(este año)</b>                                                                                                                                                                  | <b>2026<br/>(el próximo año)</b>                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de ambulancia</b>                              | Copago de \$250 para un viaje de ida. En caso de ingreso no se aplica copago.                                                                                                               | <b>Copago de \$250 para un viaje de ida. El copago no se exime en caso de ingreso.</b>                                                                                                                    |
| <b>Servicios odontológicos<br/>(cubiertos por Medicare)</b> | Usted paga un copago de \$30 por consulta.                                                                                                                                                  | <b>Usted paga un copago de \$20 por consulta</b>                                                                                                                                                          |
| <b>Billetera de gastos médicos</b>                          | Recibirá una asignación de \$200 cada trimestre para usarla para compartir los costos de los servicios cubiertos por Medicare designados.<br><br>La asignación trimestral no es acumulable. | <b>Recibirá una asignación de \$150 cada trimestre para usarla para compartir los costos de los servicios cubiertos por Medicare designados.</b><br><br><b>La asignación trimestral no es acumulable.</b> |

**Medicamentos de la  
Parte B de Medicare**

20% del costo total.

**20% del costo total.**  
**20% del costo total, a**  
**menos que la Ley de**  
**Reducción de la Inflación**  
**(Inflation Reduction Act,**  
**IRA) requiera un**  
**costo menor.**

**Los medicamentos de la  
Parte B pueden estar  
sujetos a requisitos de  
tratamiento escalonado.**

**Categorías de  
medicamentos de  
tratamiento escalonado  
de la Parte B:**

- **Asma**
- **Bevacizumab**
- **Inhibidores de la  
resorción ósea**
- **Factores  
estimulantes de  
colonias**
- **Inyecciones  
oculares**
- **Hipercolesterolemia  
familiar**
- **Gota**
- **Inmunoglobulinas**
- **Náuseas**
- **Neurotoxinas**
- **Pemetrexed**
- **Pertuzumab**
- **Rituximab**
- **Trastuzumab**
- **Viscosuplementos**

|                                                                                                                                   | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: <a href="http://www.eternalhealth.com">www.eternalhealth.com</a> .                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare</b>                                                                         | Copago de \$35 por suministro de 30 días.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 0% - 20% del costo total con un monto máximo de costo compartido de \$35 por suministro de 30 días.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Artículos de venta libre (OTC)</b>                                                                                             | No hay coseguro, copago ni deducible para los artículos de venta libre cubiertos.<br><br>Recibirá una asignación de \$60 cada trimestre calendario.                                                                                                                                                                                                                                                                | No hay coseguro, copago ni deducible para los artículos de venta libre cubiertos.<br><br>Recibirá una asignación de \$70 cada trimestre calendario.                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Tiras reactivas preferenciales para diabéticos y monitores continuos de glucosa surtidos mediante el beneficio de farmacia</b> | Paga 0% de coseguro por marca preferencial. Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Si se aprueba, usted pagaría un coseguro del 20%. Los productos preferenciales incluyen las tiras reactivas de las marcas One Touch y Life Scan y los monitores de glucosa continuos Dexcom y Freestyle Libre. Los productos requieren autorización previa y tienen límites de cantidad. | Paga 0% de coseguro por marca preferencial. Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Si se aprueba, usted pagaría un coseguro del 20%. Los productos preferenciales incluyen las tiras reactivas Roche y Ascencia y los monitores de glucosa continuos Dexcom y Freestyle Libre. Los productos requieren autorización previa y tienen límites de cantidad. |

|                                                                                   | <b>2025<br/>(este año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>2026<br/>(el próximo año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios odontológicos preventivos e integrales sin cobertura de Medicare</b> | <p>Usted paga \$0 de copago por este beneficio.</p> <p>eternalHealth pagará hasta \$3,500 al año por servicios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare. Se accede al beneficio con su tarjeta eternalPlus Benefits.</p>                                                                                  | <p><b>Usted paga \$0 de copago por este beneficio.</b></p> <p><b>eternalHealth pagará hasta \$3,000 al año por servicios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare. Se accede al beneficio con su tarjeta eternalPlus Benefits.</b></p>                                                                                  |
| <b>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos*</b>              | <p>Los miembros elegibles reciben un beneficio estándar de \$50 cada tres meses para alimentación saludable y productos agrícolas o artículos de venta libre. Esos dólares se agregan a su tarjeta de artículos de venta libre cada trimestre.</p> <p>*Este beneficio no se aplica a su monto máximo para gastos de bolsillo.</p> | <p><b>Los miembros elegibles reciben un beneficio estándar de \$65 cada tres meses para alimentación saludable y productos agrícolas o artículos de venta libre. Esos dólares se agregan a su tarjeta de artículos de venta libre cada trimestre.</b></p> <p><b>*Este beneficio no se aplica a su monto máximo para gastos de bolsillo.</b></p> |
| <b>Servicios de transporte (no Medicare)</b>                                      | <p>El beneficio es ilimitado y ofrece servicios de taxi de ida y vuelta, viajes compartidos y transporte médico.</p> <p>Debe usar el proveedor aprobado por el plan para que este beneficio esté cubierto.</p>                                                                                                                    | <p><b>Paga \$0 por 24 viajes de ida con una distancia máxima de 60 millas por viaje a citas médicas/ dentales o a su farmacia.</b></p> <p><b>Debe usar el proveedor aprobado por el plan para que este beneficio esté cubierto.</b></p>                                                                                                         |

|                                                               | 2025<br>(este año)                                                                 | 2026<br>(el próximo año)                                                                  |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura de emergencia mundial (no Medicare)</b>          | Paga un copago de \$135.<br>No existe una cobertura máxima de beneficios del plan. | <b>Paga un copago de \$135. El beneficio máximo de cobertura del plan es de \$25,000.</b> |
| <b>Cobertura urgente mundial (no Medicare)</b>                | Paga un copago de \$40.                                                            | <b>Paga un copago de \$0.</b>                                                             |
| <b>Transporte de emergencia a nivel mundial (no Medicare)</b> | Paga un copago de \$95.                                                            | <b>Paga un copago de \$250.</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. Se proporciona una copia electrónica de nuestra Lista de medicamentos. **Puede obtener la Lista de medicamentos completa** llamando a Servicios para los miembros al 1-(800) 891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web en [www.eternalhealth.com](http://www.eternalhealth.com).

Realizamos 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 trasladarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento ha sido trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la lista de medicamentos son nuevos para el principio de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos 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 principio del año o durante el año, revise el capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con el profesional que emite recetas para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-(800)-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

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

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplica a usted.**

Le enviamos un material separado, llamado *Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta*, que le informa sobre sus costos de medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibe este material antes del 1 de octubre de 2025, llame a Servicios para los miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

## Etapas de pago de medicamentos

Hay **tres etapas de pago de medicamentos:** la etapa de 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 descuento de intervalo en la cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapas 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 categoría 4 y categoría 5 hasta alcanzar el deducible anual.

- ***Etapla 2: Cobertura inicial***

Una vez que paga el deducible anual, usted pasa a la etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos del año hasta la fecha alcancen los \$2,100.

- ***Etapas 3: Cobertura catastrófica***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuento por intervalo en la cobertura ha sido reemplazado por el Programa de descuento del fabricante. Según el Programa de descuento del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes conforme al Programa de descuento del fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

### Costos de medicamentos en la etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

|                        | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible anual</b> | <p>El deducible es \$200.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos de categoría 1, \$5 de costo compartido por los medicamentos de categoría 2 y \$45 de costo compartido por los medicamentos de categoría 3 y el costo total de los medicamentos de categoría 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> | <p>El deducible es \$200.</p> <p><b>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos de categoría 1, \$5 de costo compartido por los medicamentos de categoría 2 y \$47 de costo compartido por los medicamentos de categoría 3 y el costo total de los medicamentos de categoría 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</b></p> |

### Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Cambiamos la categoría para algunos de los medicamentos en nuestra lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría diferente, búsquelos en la lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de pedidos de medicamentos con receta por correo, consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura.

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



|                                                                                                                                                                                                                                                           | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                               | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Categoría 1 - Genéricos preferenciales:</b><br>Cambiamos la categoría para algunos de los medicamentos en nuestra lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría diferente, búsquelos en la lista de medicamentos.       | Usted paga \$0 por receta.                                                                                                                                                                                       | <b>Usted paga \$0 por receta.</b>                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Categoría 2 - Genéricos:</b><br>Cambiamos la categoría para algunos de los medicamentos en nuestra lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría diferente, búsquelos en la lista de medicamentos.                      | Usted paga \$5 por receta.                                                                                                                                                                                       | <b>Usted paga \$5 por receta.</b>                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Categoría 3 - Marcas preferenciales:</b><br>Cambiamos la categoría para algunos de los medicamentos en nuestra lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría diferente, búsquelos en la lista de medicamentos.          | Usted paga \$45 por receta.<br>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.<br>El costo de una receta médica por pedido por correo por un mes (30 días) es de \$45. | <b>Usted paga \$47 por receta.</b><br><b>Usted paga el menor de \$35 o el 25% del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</b><br><b>El costo de una receta médica de pedidos por correo por un mes (30 días) es de \$47.</b> |
| <b>Categoría 4 - Medicamentos no preferenciales:</b><br>Cambiamos la categoría para algunos de los medicamentos en nuestra lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría diferente, búsquelos en la lista de medicamentos. | Usted paga el 28% del costo total.<br>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.<br>El costo de un medicamento con receta para un mes (30 días) por               | <b>Usted paga el 35% del costo total.</b><br><b>Usted paga el menor de \$35 o el 25% del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</b><br><b>El costo de un medicamento con receta</b>                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                    | pedido por correo es el 28% del costo total.                                                                                                                                                                                                     | <b>para un mes (30 días) por pedido por correo es el 35% del costo total.</b>                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Categoría 5 - Medicamentos de especialidad:</b> Cambiamos la categoría para algunos de los medicamentos en nuestra lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría diferente, búselos en la lista de medicamentos. | <p>Usted paga el 30% del costo total.</p> <p>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>El costo de un medicamento con receta para un mes pedido por correo es el 30% del costo total.</p> | <p><b>Usted paga el 30% del costo total.</b></p> <p><b>Usted paga el menor de \$35 o el 25% del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</b></p> <p><b>El costo de un medicamento con receta para un mes pedido por correo es el 30% del costo total.</b></p> |

### 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 en su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

|                                             | 2025<br>(este año)                                                          | 2026<br>(el próximo año)                                                             |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de rutina para la audición</b> | eternalHealth ofreció este beneficio por medio de Amplifon Hearing en 2025. | <b>eternalHealth ofrecerá este beneficio por medio de NationsHearing en 2026.</b>    |
| <b>Servicios de transporte</b>              | eternalHealth ofreció este beneficio por medio de SafeRide para 2025.       | <b>eternalHealth ofrecerá este beneficio por medio de NationsBenefits para 2026.</b> |

|                                                            | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare</b> | El Plan de pago de medicamentos con receta 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 distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago. | <p><b>Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.</b></p> <p><b>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-(800) 891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite.</b></p> |

### SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

**Para permanecer en eternalHealth Horizon (HMO), no necesita hacer nada.** A menos que se inscriba en un plan diferente o cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro eternalHealth Horizon (HMO).

Si desea cambiar de planes para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se le cancelará automáticamente su inscripción en eternalHealth Horizon (HMO).
- **Para cambiar a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se le cancelará automáticamente su inscripción en eternalHealth Horizon (HMO).
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame a Servicios para los miembros al 1-(800) 680-4568 (TTY 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (vaya a la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov), consulte el manual *Medicare y usted 2026*, llame a su Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (State Health

Insurance Assistance Program) (vaya a la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, eternalHealth ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden tener diferentes coberturas, primas mensuales y montos del costo compartido.

### Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no está satisfecho con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

### Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para realizar un cambio?

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

- tienen Medicaid;
- reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos;
- han dejado o están dejando la cobertura del empleador;
- se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan.

Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive en ella, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar 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 cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que sale.

## SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta

---

Usted puede ser elegible para recibir ayuda con el pago de medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted es elegible, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales para

medicamentos, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán una penalidad por inscripción tardía. Para saber si es califica, llame:

- 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.
  - Al Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
  - A su oficina estatal de Medicaid.
- **Asistencia de costo compartido en medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia con medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a asegurarse de que las personas elegibles 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, usted 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 ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de medicamentos con receta por medio del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA de Arizona. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 602-364-3610 o envíe un mensaje de texto al 480-601-4943 o envíe un correo electrónico a [careandservices@azdhs.gov](mailto:careandservices@azdhs.gov). Al llamar, asegúrese de informarles el nombre de su plan o número de póliza de la Parte D de Medicare.

**El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud 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 ahorrará dinero ni reducirá sus costos de medicamentos.**

La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción de pago del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

## SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

---

### Obtenga ayuda de eternalHealth Horizon (HMO)

- **Llame a Servicios para los Miembros al 1-(800)-680-4568** (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Estamos disponibles para llamadas telefónicas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura de 2026***

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2026 para eternalHealth Horizon (HMO)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las reglas que usted debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en [www.eternalhealth.com](http://www.eternalhealth.com) o llame a Servicios para los miembros al 1-(800)-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite eternalHealth.com**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

### Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, se llama Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico de Arizona (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

Llame a SHIP para obtener asesoramiento gratuito sobre seguros de salud personalizados. También pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico de Arizona al 1-(800) 243-4636. Obtenga más información sobre el Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico de Arizona visitando [Arizona SHIP – Navegar Medicare](#).

## 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).**

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

- **Lea *Medicare y usted 2026***

El manual *Medicare y usted 2026* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.