

eternalHealth Grand Give Back (HMO) ofrecido por eternalHealth

Aviso anual de cambios para 2026

Está inscrito como miembro de eternalHealth Grand Give Back (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 Grand Give Back (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite 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 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.

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 (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 Grand Give Back (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 se dice “plan” o “nuestro plan”, hablamos de eternalHealth Grand Give Back (HMO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, quedará inscrito automáticamente en eternalHealth Grand Give Back (HMO).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos por medio de eternalHealth Grand Give Back (HMO). Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límite para realizar un cambio.

H3551-002_ANOC2026_C

Índice

Acerca de eternalHealth Grand Give Back (HMO)	2
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	7
Sección 1.2 Cambios en su 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	16
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	16
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	20
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	21
Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes	21
Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para realizar un cambio?	22
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta	22
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	23
Obtenga ayuda de eternalHealth Grand Give Back (HMO)	23
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	24
Obtenga ayuda de Medicare	24

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor a este monto. Vaya a la Sección 1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Máximo de gastos de bolsillo 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).	\$4,550	\$4,550
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Visitas al consultorio de especialistas	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
Hospitalizaciones 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 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.	Usted paga \$325 por día, para los días 1 a 5. Usted paga \$0 por día, para los días 6 a 90. Paga \$0 de copago por día durante el día 91 y posteriores.	Usted paga \$325 por día, para los días 1 a 5. Usted paga \$0 por día, para los días 6 a 90. Paga \$0 de copago por día durante el día 91 y posteriores.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 1 para obtener más detalles).	Deducible: \$400 excepto insulina cubierta y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	Deducible: \$400 excepto productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 1 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de categoría 1: copago de \$0 • Medicamentos de categoría 2: copago de \$5 • Medicamentos de categoría 3: copago de \$45 Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. • Medicamentos de categoría 4: 28% de coseguro. Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de categoría 1: copago de \$0 • Medicamentos de categoría 2: copago de \$5 • Medicamentos de categoría 3: copago de \$47 Usted paga el menor de \$35 o el 25% del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. • Medicamentos de categoría 4: 35% de coseguro. Usted paga el menor de \$35 o el 25% del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Medicamentos de categoría 5: 28% de coseguro. Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	Medicamentos de categoría 5: 28% de coseguro. Usted paga el menor de \$35 o el 25% del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan (Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$0	\$0 No hay cambios en la prima mensual del plan.
Reducción de la prima de la Parte B Esta cantidad se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.	\$80	\$65

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 (este año)	2026 (el próximo año)
Máximo de gastos de bolsillo Sus gastos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Sus gastos por medicamentos con receta no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.	\$4,550	\$4,550 No habrá cambios en su máximo de gastos de bolsillo para 2026. Cuando haya pagado \$4,550 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.

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 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 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 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.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-(800) 891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 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 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios de quiropráctica	Copago de \$20 por visita al consultorio.	Copago de \$15 por visita al consultorio.
Sesiones individuales y grupales para servicios especializados de salud mental	Copago de \$0 a \$20 por visita al consultorio. \$0 de copago por visitas breves al consultorio (hasta 15 minutos) con el único fin de controlar o cambiar los medicamentos. \$20 por cada visita de terapia individual o grupal para servicios de salud mental ambulatorios cubiertos por Medicare.	Copago de \$0 a \$30 por visita al consultorio. \$0 de copago por visitas breves al consultorio (hasta 15 minutos) con el único fin de controlar o cambiar los medicamentos. \$30 por cada visita de terapia individual o grupal para servicios de salud mental ambulatorios cubiertos por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios de podología	Copago de \$25 por visita al consultorio. Se requiere autorización previa.	Copago de \$30 por visita al consultorio. <u>No</u> se requiere autorización previa.
Sesiones individuales y grupales para servicios de psiquiatría	Copago de \$0 a \$20 por visita al consultorio. \$0 de copago por visitas breves al consultorio (hasta 15 minutos) con el único fin de controlar o cambiar los medicamentos. \$20 por cada visita de terapia individual o grupal para servicios de salud mental ambulatorios cubiertos por Medicare.	Copago de \$0 a \$30 por visita al consultorio. \$0 de copago por visitas breves al consultorio (hasta 15 minutos) con el único fin de controlar o cambiar los medicamentos. \$30 por cada visita de terapia individual o grupal para servicios de salud mental ambulatorios cubiertos por Medicare.
Servicios del programa de tratamiento por opioides	\$25 de copago por consulta.	\$30 de copago por consulta.
Servicios radiológicos de diagnóstico	Copago de \$115 a \$225 por procedimiento. \$115 de copago para ecografías y \$225 de copago para todos los demás servicios.	Copago de \$0 a \$225 por procedimiento. \$0 de copago para ecografías y \$225 de copago para todos los demás servicios.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios de ambulancia	Copago de \$270 por viaje. El copago no se aplica si es admitido en el hospital.	Copago de \$270 por viaje. El copago <u>no se exime si es admitido en el hospital.</u>

Medicamentos con receta 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 (este año)	2026 (el próximo año)
		Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: www.eternalhealth.com .
Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare	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.
Tiras reactivas preferenciales para diabéticos y monitores continuos de glucosa surtidos mediante el beneficio de farmacia	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.
Servicios odontológicos cubiertos por Medicare	Copago de \$30 por visita al consultorio.	Copago de \$35 por visita al consultorio.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios odontológicos preventivos e integrales sin cobertura de Medicare	Paga \$0 de copago por este beneficio. 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.	Paga \$0 de copago por este beneficio. eternalHealth pagará hasta \$2,500 por año por servicios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare. Se accede al beneficio con su tarjeta eternalPlus Benefits.
Exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare	Copago de \$25 por visita al consultorio.	Copago de \$35 por visita al consultorio.
Exámenes de audición cubiertos por Medicare	Copago de \$25 por visita al consultorio.	Copago de \$35 por visita al consultorio.
Artículos de venta libre (OTC)	No hay coseguro, copago ni deducible para los artículos de venta libre cubiertos <i>*Cualquier costo que usted pague no cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.</i> Recibirá una asignación de \$70 cada trimestre calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los artículos de venta libre cubiertos <i>*Cualquier costo que usted pague no cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.</i> Recibirá una asignación de \$75 cada trimestre calendario.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios de transporte	Paga \$0 de copago por este beneficio. Los miembros tienen acceso a transporte ilimitado a los lugares aprobados por el plan (médico, odontológico, farmacia). No hay límite de millaje. Para estar cubiertos, los viajes deben realizarse a través de un proveedor autorizado por el plan.	Usted paga un copago de \$0 por 24 viajes de ida por año calendario con una distancia máxima de 60 millas por viaje a citas médicas/dentales o a su farmacia. Para estar cubiertos, los viajes deben realizarse a través de un proveedor autorizado por el plan.
Masaje terapéutico	Copago de \$20 por cada visita al consultorio. Límite de 20 consultas por año calendario.	El masaje terapéutico no está cubierto.
Cobertura urgente mundial	\$40 de copago por consulta.	Copago de \$0 a \$25 por consulta. Copago de \$0 para consultas relacionadas con el PCP y copago de \$25 para consultas relacionadas con especialistas.
Transporte de emergencia a nivel mundial	Copago de \$125 por viaje.	Copago de \$270 por viaje.

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.

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.

- ***Etapas 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 (este año)	2026 (el próximo año)
Deducible anual	El deducible es \$400. 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.	El deducible es \$400. 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.

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, búselos 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, una farmacia de la red o de pedidos de medicamentos con receta 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 (este año)	2026 (el próximo año)
Categoría 1 - Genéricos preferenciales: 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.	\$0 de copago.	\$0 de copago.
Categoría 2 - Genéricos 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.	Copago de \$5	Copago de \$5
Categoría 3 - Marcas preferenciales 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.	\$45 de copago Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.	Copago de \$47 Usted paga el menor de \$35 o el 25% del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	El costo de una receta médica por pedido por correo por un mes (30 días) es de \$45.	El costo de una receta médica de pedidos por correo de un mes (30 días) es de \$47
Categoría 4 - Medicamentos no preferenciales 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.	28% del coste total. Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. El costo de un medicamento con receta para un mes (30 días) por pedido por correo es el 28% del costo total.	35% del coste total. Usted paga el menor de \$35 o el 25% del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. El costo de un medicamento con receta para un mes (30 días) por pedido por correo es el 35% del costo total.
Categoría 5 - Medicamentos de especialidad 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.	28% del coste total. Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. El costo de un medicamento con receta para un mes (30 días) por pedido por correo es el 28% del costo total.	28% del coste total. Usted paga el menor de \$35 o el 25% del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. El costo de un medicamento con receta para un mes (30 días) por pedido por correo es el 28% del costo total.

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 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios de rutina para la audición	eternalHealth ofreció este beneficio por medio de Amplifon Hearing en 2025.	eternalHealth ofrecerá este beneficio por medio de NationsHearing en 2026.
Servicios de transporte	eternalHealth ofreció este beneficio por medio de SafeRide para 2025.	eternalHealth ofrecerá este beneficio por medio de NationsBenefits para 2026.
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 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.	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. 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 www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en eternalHealth Grand Give Back (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 Grand Give Back (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 Grand Give Back (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 Grand Give Back (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 (los usuarios de TTY deben llamar al 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).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite 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 (ADAP). 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. 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 SPAP y 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.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga ayuda de eternalHealth Grand Give Back (HMO)

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

Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **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 Grand Give Back (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 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 www.eternalhealth.com**

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

Obtenga 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 al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico de Arizona al 1-(800) 432-4040 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. Obtenga más información sobre el Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico de Arizona visitando Asistencia de Medicare | Departamento de Seguridad Económica de Arizona (Arizona Department of Economic Security) (az.gov)

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**

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite www.medicare.gov.**

El sitio web oficial de Medicare tiene información 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 o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.