

Plan VillageCareMAX Medicare Health Advantage (HMO D-SNP) ofrecido por VillageCareMAX

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro del plan VillageCareMAX Medicare Health Advantage.

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

- Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año. Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en el plan VillageCareMAX Medicare Health Advantage.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en www.villagecaremax.org o llame a Servicios para Miembros al 1-855-296-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratis en albanés, árabe, bengalí, chino, francés, criollo francés, griego, italiano, coreano, polaco, ruso, español, criollo español, tagalo, urdu y yiddish.
- Nuestro plan presta servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares apropiados sin cargo. Nuestro plan debe dar el aviso en inglés y al menos en los 15 idiomas más habitualmente hablados por las personas con dominio limitado del inglés en el estado o estados relevantes en el área de servicio de nuestro plan y debe dar 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 Miembros al 1-855-296-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario es los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratis.
- Esta información está disponible en letra grande, braille o formato de audio.

Sobre el plan VillageCareMAX Medicare Health Advantage

- VillageCareMAX es un plan HMO con contratos de Medicare y Medicaid del estado de Nueva York. La inscripción en VillageCareMAX depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Medicaid de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa VillageCareMAX. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere al plan VillageCareMAX Medicare Health Advantage.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en el plan VillageCareMAX Medicare Health Advantage.** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos mediante el plan VillageCareMAX Medicare Health Advantage. Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límite para hacer un cambio.

Contenido

Resumen de costos importantes para 2026		4
SECCIÓN 1	Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1	Cambios en la prima mensual del plan	7
Sección 1.2	Cambios en su cantidad del máximo de gastos de bolsillo	7
Sección 1.3	Cambios en la red de proveedores.....	8
Sección 1.4	Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5	Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	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 con receta	14
SECCIÓN 2	Cambios administrativos.....	17
SECCIÓN 3	Cómo cambiar de plan	18
Sección 3.1	Plazos para cambiar de planes.....	19
Sección 3.2	¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?	19
SECCIÓN 4	Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta	20
SECCIÓN 5	¿Preguntas?.....	21
	Obtenga ayuda del plan VillageCareMAX Medicare Health Advantage	21
	Obtenga orientación gratis sobre Medicare	22
	Obtenga ayuda de Medicare.....	22
	Obtenga ayuda de Medicaid	23

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta que esta cantidad. Vaya a la Sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Cantidad del máximo de gastos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vaya a la Sección 1.2 para obtener más información).	\$9,350 Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$9,250 Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Visitas en el consultorio de atención primaria	\$0 por visita Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por visita.	\$0 por visita Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por visita.
Visitas en el consultorio de especialistas	\$0 por visita Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por visita.	\$0 por visita Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por visita.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado Incluye hospitalización aguda, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención de largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención en el hospital para pacientes hospitalizados comienza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que lo den de alta es su último día de hospitalización.	\$0 Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.	\$0 Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 1.7 para obtener más información).	\$590, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	\$615, excepto los 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 las Secciones 1.6 y 1.7 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Puede tener \$2 de copago por medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. - Medicamentos de Nivel 1: \$2 de copago - Medicamentos de Nivel 2: \$5 de copago	Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Puede tener \$4 de copago por medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. - Medicamentos de Nivel 1: \$4 de copago - Medicamentos de Nivel 2: \$8 de copago

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continúa)	- Medicamentos de Nivel 3: 25% del costo total <i>El costo compartido para un suministro de insulina para 1 mes está limitado a \$35.</i> - Medicamentos de Nivel 4: 33% del costo total <i>El costo compartido para un suministro de insulina para 1 mes está limitado a \$35.</i> - Medicamentos de Nivel 5: 25% del costo total <i>El costo compartido para un suministro de insulina para 1 mes está limitado a \$35.</i> - Medicamentos de Nivel 6: 15% del costo total Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede tener \$2 de copago por medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.	- Medicamentos de Nivel 3: 21% del costo total <i>El costo compartido para un suministro de insulina para 1 mes está limitado a \$35.</i> - Medicamentos de Nivel 4: 25% del costo total <i>El costo compartido para un suministro de insulina para 1 mes está limitado a \$35.</i> - Medicamentos de Nivel 5: 25% del costo total <i>El costo compartido para un suministro de insulina para 1 mes está limitado a \$35.</i> - Medicamentos de Nivel 6: \$0 de copago Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede tener \$4 de copago por medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0 No hay cambios para el próximo año de beneficios.

Sección 1.2 Cambios en su cantidad del máximo de gastos de bolsillo

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cantidad del máximo de gastos de bolsillo Ya que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de bolsillo. Si es elegible para la ayuda de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su cantidad del máximo de gastos de bolsillo. Nuestros costos para medicamentos con receta no cuentan para su cantidad del máximo de gastos de bolsillo.	\$9,350	\$9,250 Una vez que haya pagado \$9,250 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

No hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, llame a Servicios para Miembros al 1-855-296-8800 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor dentro de la red sale de nuestro plan, vaya al Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, llame a Servicios para Miembros al 1-855-296-8800 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener ayuda.

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

El Aviso anual de cambio le informa de los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico	<u>Dentro de la red</u> El beneficio de servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico cubierto por Medicare <u>no</u> está cubierto.	<u>Dentro de la red</u> El beneficio de servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico cubierto por Medicare está cubierto.
Examen médico de cáncer colorrectal (Enemas de bario)	<u>Dentro de la red</u> \$0 por cada enema de bario cubierto por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> El beneficio de enema de bario cubierto por Medicare <u>no</u> está cubierto.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales	<u>Dentro de la red</u> Servicios dentales diagnósticos, preventivos e integrales. Usted recibe beneficios dentales de diagnóstico, preventivos y preventivos completos como parte de su plan estándar. \$0 de copago por cada visita a los servicios de prótesis maxilofaciales (1 visita cada año). \$0 de copago por cada visita a los servicios de prótesis maxilofaciales (1 visita cada año). Se requiere una remisión para prótesis removibles no cubiertas por Medicare. Se requiere una remisión para servicios de implantes no cubiertos por Medicare. Se requiere una remisión para prótesis fijas no cubiertas por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Servicios dentales diagnósticos, preventivos servicios Usted recibe beneficios dentales de diagnóstico, preventivos y preventivos completos como parte de su plan estándar. Algunos servicios y limitaciones han cambiado. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y las limitaciones, consulte el Manual de Códigos de Políticas y Procedimientos del Estado de Nueva York (New York State Policy and Procedure Codes Manual) en https://www.emedny.org/ProviderManuals/Dental/. Los servicios de prótesis maxilofaciales <u>no</u> están cubiertos. No se requiere una remisión para prótesis removibles no cubiertas por Medicare. No se requiere una remisión para servicios de implantes no cubiertos por Medicare. No se requiere una remisión para prótesis fijas no cubiertas por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Artículos de venta libre		
Los alimentos y productos agrícolas (artículos comestibles), la gasolina en la gasolinera, los servicios públicos, la asistencia para el alquiler/hipoteca, los productos para el control de plagas, los productos de calidad del aire interior, los viajes compartidos, el transporte público, el transporte para necesidades no médicas son parte de los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Para ser elegible para recibir los beneficios de SSBCI, se debe determinar que los afiliados tienen una enfermedad crónica, tienen una condición crónica (p. ej., diabetes, insuficiencia cardíaca crónica, trastorno cardiovascular, condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes, apoplejía u otras condiciones elegibles) y cumplen los criterios de cobertura. es posible que no califiquen todos los miembros.	Beneficios adicionales cubiertos por el beneficio de Diseño de Seguro Basado en el Valor (Value Based Insurance Design, VBID). Cantidad máxima de cobertura del plan de \$265 cada mes para artículos OTC, como aparatos auditivos OTC. Los fondos no usados se transfieren mes a mes, pero vencen al final del año. Incluye medicamentos OTC, comestibles, gasolina, asistencia para el alquiler, servicios públicos.	Cantidad máxima de cobertura del plan de \$220 cada mes para artículos OTC, como aparatos auditivos. Los fondos no usados se transfieren mes a mes, pero vencen al final del año. Incluye medicamentos OTC, comestibles, gasolina, asistencia para el alquiler, servicios públicos, productos de calidad del aire interior, productos de control de plagas, tarifas de transporte de autobús/ metro.
Servicios de podología		
	No se requiere autorización previa para los servicios de atención podológica cubiertos por Medicare.	Se requiere autorización previa para los servicios de atención de podología cubiertos por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) para la prevención del VIH	<u>Dentro de la red</u> La profilaxis previa a la exposición (PrEP) cubierta por Medicare para el beneficio de prevención del VIH <u>no</u> está cubierta.	<u>Dentro de la red</u> No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
Tecnologías de acceso remoto	<u>Dentro de la red</u> El beneficio de tecnologías de acceso remoto (línea directa de enfermería) <u>no</u> está cubierto.	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por cada visita usando el beneficio de tecnologías de acceso remoto (línea directa de enfermería).
Examen médico de la infección por el virus de la hepatitis C	<u>Dentro de la red</u> El beneficio de examen médico de infección por el virus de la hepatitis C cubierto por Medicare <u>no</u> está cubierto.	<u>Dentro de la red</u> No hay coseguro, copago ni deducible para el examen médico del virus de la hepatitis C cubierto por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos Los alimentos y productos agrícolas (artículos comestibles), la gasolina en la gasolinera, los servicios públicos, la asistencia para el alquiler/hipoteca, los productos para el control de plagas, los productos de calidad del aire interior, los viajes compartidos, el transporte público, el transporte para necesidades no médicas son parte de los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Para ser elegible para recibir los beneficios de SSBCI, se debe determinar que los afiliados tienen una enfermedad crónica, tienen una condición crónica (p. ej., diabetes, insuficiencia cardíaca crónica, trastorno cardiovascular, condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes, apoplejía u otras condiciones elegibles) y cumplen los criterios de cobertura. Es posible que no califiquen todos los miembros.	El beneficio suplementario está cubierto por el Diseño de Seguro Basado en el Valor (VBID). Combinado con el beneficio de OTC. Cantidad máxima de cobertura del plan de \$265 cada mes para artículos OTC, como aparatos auditivos OTC. Los fondos no usados se transfieren mes a mes, pero vencen al final del año. Incluye medicamentos OTC, comestibles, gasolina, asistencia para el alquiler, servicios públicos.	El beneficio suplementario está cubierto. Combinado con el beneficio de OTC. Cantidad máxima de cobertura del plan de \$220 cada mes para artículos OTC, como aparatos auditivos OTC. Los fondos no usados se transfieren mes a mes, pero vencen al final del año. Incluye medicamentos OTC, comestibles, gasolina, asistencia para el alquiler, servicios públicos, productos de calidad del aire interior, productos de control de plagas, tarifas de transporte de autobús/metro. Transporte no médico, 32 viajes de ida (16 viajes de ida y vuelta) por año.
Beneficios de telesalud (adicionales)	Los servicios intensivos del programa ambulatorio <u>no</u> están cubiertos por el beneficio de telesalud.	Los servicios intensivos del programa ambulatorio están cubiertos por el beneficio de telesalud con \$0 de copago.

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 llama formulario o Lista de medicamentos. Enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos vía electrónica.

No hemos hecho ningún cambio en nuestra Lista de medicamentos en este momento para el próximo año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para dar la lista más actualizada de medicamentos. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

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

¿Recibe Ayuda adicional (Extra Help) para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplica a usted.** Hemos incluido un material separado, llamado *Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar medicamentos con receta*, que informa de los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibió este material con este paquete, llame a Servicios para Miembros al 1-855-296-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pregunte por la *cláusula adicional LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La Etapa de período sin cobertura y el Programa de Descuento de período sin cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

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

Comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos mejorados hasta que alcance el deducible de \$615.

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

Una vez que paga el deducible anual, 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. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo del año hasta la fecha alcancen el umbral de gastos de bolsillo de \$2,100 para 2026.

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

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede tener costos compartidos para medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuento por período sin cobertura (Coverage Gap Discount Program) ha sido reemplazado por el Programa de descuento de fabricantes (Manufacturer Discount Program). Según el Programa de descuento de fabricantes, 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 catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los gastos 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 (próximo año)
Deducible anual	Durante esta etapa, paga los medicamentos mejorados hasta que haya alcanzado el deducible anual de \$590. Luego, los medicamentos mejorados tendrán un copago de \$2.	Durante esta etapa, paga los medicamentos mejorados hasta que haya alcanzado el deducible anual de \$615. Luego, los medicamentos mejorados tendrán un copago de \$4. Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos <i>selectos de atención (Nivel 6)</i> y el costo total de los medicamentos <i>genéricos preferidos (Nivel 1)</i>, <i>genéricos (Nivel 2)</i>, <i>de marca preferidos (Nivel 3)</i>, <i>medicamentos no preferidos (Nivel 4)</i> y <i>de especialidad (Nivel 5)</i>, hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Costos de medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial

Para los medicamentos *selectos de atención*, su costo compartido en la etapa de cobertura inicial está cambiando de coseguro a copago. Vaya a la siguiente tabla para ver los cambios de 2025 a 2026.

La tabla muestra su costo por receta para un suministro para un mes (30 días) surtido en una farmacia dentro de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos 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 de largo plazo; en una farmacia dentro de la red que ofrezca costos compartidos preferidos; o para recetas de pedidos por correo, vaya al Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Genéricos preferidos:	\$2 de copago	\$4 de copago
Genéricos:	\$5 de copago	\$8 de copago
De marca preferidos:	25% del costo total	21% del costo total
Medicamentos no preferidos:	33% del costo total	25% del costo total
Nivel de especialidad:	25% del costo total	25% del costo total
Medicamentos de atención seleccionados:	15% del costo total	\$0 de copago

Cambios en su beneficio de la Parte D de VBID

Los beneficios de Diseño de Seguro Basado en el Valor (VBID) ofrecidos en 2025 incluyeron medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare con \$0 de copago. VBID no es un beneficio cubierto en 2026 y el costo compartido de los medicamentos de la Parte D de Medicare se lista arriba y puede variar según el nivel de subsidio por bajos ingresos.

Cambios en la etapa de cobertura catastrófica

Si llega a la etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costos compartidos para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura catastrófica, vaya al Capítulo 6, Sección 6, en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
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 para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Es posible que participe 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 1-855-296-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov .

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Aviso de prácticas de privacidad Los elementos listados aquí se han agregado al Aviso de prácticas de privacidad. Visite www.villagecare.org para obtener el aviso más actualizado.		1. Información sobre protecciones especiales para ciertos tipos de información médica protegida, como información sobre atención de salud reproductiva, por ejemplo 2. Plazos actualizados para que coincidan con las políticas y requisitos de VillageCareMAX 3. Una sección para el derecho de un miembro a elegir a alguien para que actúe en su nombre 4. Información sobre el uso potencial de tecnología avanzada por VillageCareMAX para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios que prestamos

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en el plan VillageCareMAX Medicare Health Advantage, no necesita **hacer nada**. A menos que se inscriba en un plan diferente o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan VillageCareMAX Medicare Health Advantage.

Si quiere cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan médico de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan VillageCareMAX Medicare Health Advantage.

- Para cambiar a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan VillageCareMAX Medicare Health Advantage.
- Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-296-8800 (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 se cancele 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 penalización por inscripción tardía en la Parte D (vaya a la Sección 4).
- Para obtener más información sobre Medicare Original 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 sobre Seguros Médicos (vaya a la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes

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

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

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

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

- Tienen Medicaid
- Obtienen Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen o están dejando la cobertura del empleador
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

Dado que tiene Medicaid del estado de Nueva York, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado,

- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que ofrece sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que califique para recibir ayuda con el pago de sus medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán una penalización por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día/los 7 días de la semana.
 - Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - Su oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda del Programa de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) de su estado.** Nueva York tiene un programa llamado Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.

- **Asistencia con los costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, debe cumplir ciertos criterios, incluyendo una prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir ayuda para compartir los costos de los medicamentos con receta mediante el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA del Estado de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA del Estado de Nueva York al 1-800-542-2437. Cuando llame, asegúrese de decirles el nombre o el número de póliza de su plan 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 actual de medicamentos para ayudarlo a manejar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Toda persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a manejar sus gastos, pero no le permitirá ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes 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 el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, sin importar su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-855-296-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga ayuda del plan VillageCareMAX Medicare Health Advantage

- Llame a Servicios para Miembros al 1-855-296-8800. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Estamos disponibles para llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratis.

- Lea su *Evidencia de cobertura de 2026*

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, vaya a la *Evidencia de cobertura de 2026* para el plan VillageCareMAX Medicare Health Advantage. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.villagecaremax.org o llame a Servicios para Miembros al 1-855-296-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- Visite www.villagecaremax.org

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 orientación gratis sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se llama Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Nueva York.

Llame al Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Nueva York para obtener orientación personalizada gratis sobre seguros médicos. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al Programa de Asistencia de Seguros de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-701-0501. Obtenga más información sobre el Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Nueva York visitando (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs>).

Obtenga ayuda de Medicare

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

Puede llamar 24/7 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 el costo, la cobertura y las calificaciones por estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos 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. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más habituales 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.

Obtenga ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Programa Medicaid del Estado de Nueva York al 1-800-541-2831 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 1:00 p. m. (TTY: 711). Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services, LDSS). Encuentre la dirección de su LDSS en www.health.ny.gov/health_care/medicaid.

Llame a Medicaid del estado de Nueva York al 800-541-2831 para obtener ayuda con la inscripción en Medicaid o preguntas sobre beneficios.