

Estimado(a) miembro de MetroPlusHealth:

Como presidenta de MetroPlusHealth, le agradezco por formar parte de nuestra familia otro año más. Nos alegra mucho tenerle como miembro.

Cada año, revisamos nuestros beneficios de Medicare para proporcionarle la mejor cobertura y servicios disponibles. Adjuntamos el *Aviso de cambio anual* (ANOC) para 2027 de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP), que es un resumen de los cambios en los beneficios y en la cobertura de su plan para el próximo año.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre su cobertura, llámenos al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. También puede obtener más información en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org.

Nota: Si no quiere recibir llamadas comerciales de MetroPlusHealth, escríbanos a help.memberexperience@metroplus.org o llame al 866.986.0356 (TTY: 711) para excluirse. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Después de haberse excluido, dejará de recibir correos por un período indefinido, hasta que nos notifique que desea volver a recibirlos.

¡Gracias, nuevamente, por ser miembro de MetroPlusHealth!

Atentamente.



Dra. Talya Schwartz
Presidenta y directora general
MetroPlusHealth

Hay otros documentos disponibles para ayudarle a entender su cobertura, entre ellos:

- La *Evidencia de cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) que explica sus beneficios y cómo recibir atención médica y cobertura de medicamentos recetados.
- Los *Directorios de proveedores/farmacias*, que incluyen todos los médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores de nuestra red. Siempre debe corroborar que un proveedor se encuentre en nuestra red antes de recibir atención.
- El *Formulario*, que incluye todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

Puede ver e imprimir fácilmente las versiones más recientes de estos documentos en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. Estos documentos estarán disponibles en nuestro sitio web el 15 de octubre de 2026. Para solicitar que le enviemos una copia impresa por correo, llámenos al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.

MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) ofrecido por MetroPlus Health Plan, Inc.

Aviso de cambio anual para 2027

Usted está inscrito como miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).

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

- **Del 15 de octubre al 7 de diciembre, usted puede hacer cambios a su cobertura de Medicare para el año próximo.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá en MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista que se encuentra al reverso de su manual *Medicare y Usted 2027*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Hay más información sobre costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en [metroplusmedicare.org](https://www.metroplusmedicare.org) o llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m., para recibir una copia por correo. También puede llamar a nuestro servicio de respuesta fuera del horario de atención al 800.442.2560. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Más recursos

- Este documento está disponible en español y chino en forma gratuita.
- Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), para obtener más información. El horario es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Esta llamada es gratuita.
- **ATENCIÓN:** Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 800.303.9626 (TTY: 711). **ATTENTION:** Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 800.303.9626 (TTY: 711). **请注意：** 您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 800.303.9626 (TTY: 711).
- **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711). **注意：** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 866.986.0356 (TTY: 711).
- MetroPlus Health Plan, Inc. no está afiliado, respaldado ni relacionado de otro modo con el gobierno federal, CMS, HHS y/o Medicare. MetroPlus Health Plan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

- Si lo solicita, también podemos brindarle la información en braille, en letra grande, o en otros formatos alternativos.
- MetroPlus Health Plan, Inc. proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Si necesita estos servicios, llame a MetroPlusHealth Plan al 866.986.0356. Para los servicios de TTY/TDD, llame al 711.
- También proveemos servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma materno no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Llame a New York Medicaid Choice al 800.505.5678 si necesita servicios de un intérprete o información del programa en braille o en un CD. Usuarios de TTY: 888.329.1541. Hay asesores disponibles para explicar o responder preguntas sobre la inscripción.

Acerca de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)

- MetroPlus Health Plan, Inc. ofrece planes HMO y HMO D-SNP con contratos de Medicare y el Programa Medicaid del Estado de Nueva York. La inscripción en MetroPlus Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato.
- **MetroPlusHealth no está afiliado ni relacionado de otro modo con el Gobierno federal, CMS, HHS ni Medicare, ni respaldado por ellos.** MetroPlus Health Plan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 866.986.0356 (TTY: 711). Nuestro plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Medicaid de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando, en este documento, se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a MetroPlus Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).
- **Si no realiza ninguna acción antes del 7 de diciembre de 2026, se lo inscribirá automáticamente en MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP). Consulte la sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y sobre los plazos para hacer un cambio.

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2027	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año	9
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	9
Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de desembolso	9
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores y farmacias	10
Sección 1.4 Cambios en los beneficios y los costos de servicios médicos	11
Sección 1.5 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....	13
Sección 1.6 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados	14
SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan	20
Sección 2.1 Plazos para cambiarse de plan	20
Sección 2.2 ¿Se puede cambiar de plan en otros momentos del año?.....	21
SECCIÓN 3 Reciba ayuda para pagar los medicamentos recetados	21
SECCIÓN 4 ¿Preguntas?	23
Obtenga ayuda de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)	23
Reciba asesoría gratuita sobre Medicare.....	23
Obtenga ayuda de Medicare	24
Obtenga ayuda de Medicaid.....	24

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la sección 1 para obtener más detalles.	Dependiendo de su nivel de "Extra Help": \$0 o hasta \$58.80	Dependiendo de su nivel de "Extra Help": \$0 o hasta \$40.50*
Deducible	\$283 (excepto para la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero). Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.	\$283* (excepto para la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero). * Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y pueden cambiar en 2027. MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) proveerá las tarifas actualizadas en cuanto estén disponibles.
Monto máximo de desembolso Este es el monto <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 más detalles).	\$9,250 Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso para el monto máximo de desembolso por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos.	\$9,850 Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso para el monto máximo de desembolso por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	\$0 o 20 % por visita Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por visita.	\$0 o 20 % por visita Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por visita.
Consultas con el especialista	\$0 o 20 % por visita Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por visita.	\$0 o 20 % por visita Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por visita.
Hospitalizaciones Incluye diversas hospitalizaciones, como las de atención aguda, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que se le ingresa oficialmente por prescripción médica y finaliza el día anterior al alta.	Por período de beneficios: \$0 o deducible de \$1,736* • Días 1–60: copago de \$0 por día • Días 61–90: copago de \$434* por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$868* por día * Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.	Por período de beneficios: \$0 o deducible de \$1,736*+ • Días 1–60: copago de \$0 por día • Días 61–90: \$434* + copago por día • 60 días de reserva de por vida: \$868* + copago por día + Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0. * Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y pueden cambiar en 2027. MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) proveerá las tarifas actualizadas en cuanto estén disponibles.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la sección 1 para obtener más detalles, incluidas las etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura catastrófica).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D: \$615, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar \$0 durante esta etapa. Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar los siguientes montos de costo compartido: Copago/Coaseguro según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamentos 1-2: copago de \$0 Nivel de medicamentos 3: • Por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0 o copago de \$1.60 o Copago de \$5.10 o Coaseguro del 25 % (sin Extra Help) • Por medicamentos de marca (incluidos medicamentos genéricos considerados de marca): Copago de \$0 o Copago de \$4.90 o Copago de \$12.65 o	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D: \$700, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar \$0 durante esta etapa. Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar los siguientes montos de costo compartido: Copago/Coaseguro según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamentos 1-2: copago de \$0 Nivel de medicamentos 3: • Por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0 o Copago de \$1.65 o Copago de \$5.80 o Coaseguro del 25 % (sin Extra Help) • Por medicamentos de marca (incluidos medicamentos

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	Coaseguro del 25 % (sin Extra Help) Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamentos 4: - Por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0 o copago de \$1.60 o Copago de \$5.10 o Coaseguro del 27 % (sin Extra Help) - Por medicamentos de marca (incluidos medicamentos genéricos considerados de marca): Copago de \$0 o Copago de \$4.90 o Copago de \$12.65 o Coaseguro del 27 % (sin Extra Help) Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamentos 5: - Por medicamentos genéricos (incluidos	genéricos considerados de marca): Copago de \$0 o Copago de \$5.00 o Copago de \$14.40 o Coaseguro del 25 % (sin Extra Help) Usted paga un máximo de \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel Nivel de medicamentos 4: - Por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0 o Copago de \$1.65 o Copago de \$5.80 o Coaseguro del 27 % (sin Extra Help) - Por medicamentos de marca (incluidos medicamentos genéricos considerados de marca): Copago de \$0 o Copago de \$5.00 o Copago de \$14.40 o Coaseguro del 27 % (sin Extra Help) Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0 o copago de \$1.60 o Copago de \$5.10 o Coaseguro del 25 % (sin Extra Help) - Por medicamentos de marca (incluidos medicamentos genéricos considerados de marca): Copago de \$0 o Copago de \$4.90 o Copago de \$12.65 o Coaseguro del 25 % (sin Extra Help) Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamentos 5: - Por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0 o Copago de \$1.65 o Copago de \$5.80 o Coaseguro del 25 % (sin Extra Help) - Por medicamentos de marca (incluidos medicamentos genéricos considerados de marca): Copago de \$0 o Copago de \$5.00 o Copago de \$14.40 o Coaseguro del 25 % (sin Extra Help) Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que se la pague Medicaid).	Dependiendo de su nivel de "Extra Help": \$0 o hasta \$58.80	Dependiendo de su nivel de "Extra Help": \$0 o hasta \$40.50*

Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de desembolso

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que usted paga de su bolsillo por año. Este límite se denomina monto máximo de desembolso. Una vez que usted haya pagado este monto, en general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Monto máximo de desembolso Los costos compartidos que paga el beneficiario, Medicaid y otros seguros secundarios se tienen en cuenta para este límite máximo de desembolso. Puesto que Medicaid se hace cargo de la mayor parte de los gastos compartidos de nuestros miembros, muy pocos alcanzan este máximo de desembolso. Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso para el monto máximo de desembolso por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos.	\$9,250	\$9,850 Una vez que haya pagado \$9,850 de desembolso por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deducibles) se contabilizan para su monto máximo de desembolso. Nuestra prima del plan y sus costos por medicamentos recetados no se contabilizan como parte de su monto máximo de desembolso.		

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Nuestra red de proveedores y farmacias ha cambiado para el año próximo. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias 2027* en metroplusmedicare.org para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. A continuación, le explicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en metroplusmedicare.org
- Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560), para obtener información actualizada de proveedores o para solicitarnos el envío por correo de un *Directorio de proveedores y farmacias*.

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 le afecta, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560) para obtener ayuda. Es posible que tenga un período de inscripción especial si su proveedor deja de formar parte de la red del plan. 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*.

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de qué farmacia utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si son surtidas en una de nuestras farmacias de la red.

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 le afecta, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560) para obtener ayuda.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y los costos de servicios médicos

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

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Acupuntura (beneficio complementario)	Paga un copago de \$0 por 20 visitas al año.	Paga un copago de \$0 por una cantidad ilimitada de visitas al año.
Tarjeta Flex	Usted paga un copago de \$0. Los miembros recibirán un beneficio de una tarjeta Flex de \$500 por trimestre (no transferible al trimestre siguiente) que se puede usar para pagar artículos de venta libre, comestibles, servicios públicos (agua, gas, electricidad, servicios de internet), el Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (Personal Emergency Response System, PERS), dispositivos de seguridad para el baño, suministros para mascotas y	Usted paga un copago de \$0. Los miembros recibirán un beneficio de una tarjeta Flex de \$780 por trimestre (no transferible al trimestre siguiente) que se puede usar para pagar artículos de venta libre, comestibles, servicios públicos (agua, gas, electricidad, servicios de internet), el Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (Personal Emergency Response System, PERS), dispositivos de seguridad para el baño, suministros para mascotas, visitas al quiropráctico y asistencia para la renta (exclusivamente a través de la red Visa). Este beneficio será parte del paquete de Beneficios Complementarios Combinados. Los saldos no utilizados de la tarjeta Flex vencerán al finalizar cada trimestre. <i>*Nota:</i> Para alimentos, servicios públicos, suministros para mascotas y asistencia para la renta, aplican condiciones adicionales. Si desea más detalles, consulte las declaraciones de la página 25.

	visitas al quiropráctico. Este beneficio será parte del paquete de Beneficios Complementarios Combinados. Los saldos no utilizados de la tarjeta Flex vencerán al finalizar cada trimestre.	
Beneficio nutricional/dietético	Paga un copago de \$0 por 6 visitas al año.	Paga un copago de \$0 por una cantidad ilimitada de visitas al año.
Anteojos	Tiene un beneficio de \$450 al año.	Tiene un beneficio de \$500 al año.
Audífonos	\$500 al año (ambos oídos juntos)	\$2,000 al año (ambos oídos juntos)
Revisión de rutina de la audición	Sin cobertura.	Paga un copago de \$0 por una revisión de rutina al año.
Ajuste de audífonos	Sin cobertura.	Paga un copago de \$0 por un ajuste de rutina al año.
Servicios de podología: Atención podológica de rutina	Paga un copago de \$0 por 8 visitas al año.	Paga un copago de \$0 por 12 visitas al año.

Servicios de transporte sin emergencia: lugar relacionado con sus servicios médicos aprobado por el plan	Paga un copago de \$0 por 48 viajes de ida por año.	Paga un copago de \$0 por 50 viajes de ida por año.
---	---	--

Sección 1.5 – 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. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se provee electrónicamente.

Puede obtener la lista de medicamentos *completa* llamando a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560) o visitando nuestro sitio web en metroplusmedicare.org.

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, que incluyen remover o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o moverlos a un nivel diferente de costos compartidos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para saber si habrá restricciones o si su medicamento ha sido movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la versión más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos una notificación sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con el profesional que realizó la receta para conocer sus opciones, tal como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560) para obtener más información.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Deducible anual	\$615 Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar \$0 durante esta etapa. Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos de los niveles 1 y 2 y el costo total de los medicamentos de los niveles 3 al 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	\$700 Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar \$0 durante esta etapa. Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos de los niveles 1 y 2 y el costo total de los medicamentos de los niveles 3 al 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por receta por un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o sobre los costos de un suministro a largo plazo o de los medicamentos recetados pedidos por correo, consulte el capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,400 de desembolso por medicamentos de la Parte D cubiertos, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Nivel 1 Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar los siguientes montos de costo compartido: Copago según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Copago de \$0	Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar los siguientes montos de costo compartido: Copago según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Copago de \$0

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Nivel 2 Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar los siguientes montos de costo compartido: Copago según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Copago de \$0	Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar los siguientes montos de costo compartido: Copago según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Copago de \$0

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Nivel 3 Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar los siguientes montos de costo compartido: Copago según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): • Copago de \$0 o • copago de \$1.60 o • Copago de \$5.10 o • Coaseguro del 25 % (sin Extra Help) Por medicamentos de marca (incluidos medicamentos genéricos considerados de marca): • copago de \$0 o • Copago de \$4.90 o • Copago de \$12.65 o • Coaseguro del 25 % (sin Extra Help) Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar los siguientes montos de costo compartido: Copago según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): • Copago de \$0 o • Copago de \$1.65 o • Copago de \$5.80 o • Coaseguro del 25 % (sin no tiene Extra Help) Por medicamentos de marca (incluidos medicamentos genéricos considerados de marca): • copago de \$0 o • Copago de \$5.00 o • Copago de \$14.40 o • Coaseguro del 25 % (sin Extra Help) Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Nivel 4 Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar los siguientes montos de costo compartido: Copago según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): - Copago de \$0 o - copago de \$1.60 o - Copago de \$5.10 o - Coaseguro del 27 % (sin Extra Help) Por medicamentos de marca (incluidos medicamentos genéricos considerados de marca): - copago de \$0 o - Copago de \$4.90 o - Copago de \$12.65 o - Coaseguro del 27 % (sin Extra Help) Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar los siguientes montos de costo compartido: Copago según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): - Copago de \$0 o - Copago de \$1.65 o - Copago de \$5.80 o - Coaseguro del 27 % (sin no tiene Extra Help) Por medicamentos de marca (incluidos medicamentos genéricos considerados de marca): - copago de \$0 o - Copago de \$5.00 o - Copago de \$14.40 o - Coaseguro del 27 % (sin Extra Help) Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Nivel 5 Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar los siguientes montos de costo compartido: Copago según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): - Copago de \$0 o - copago de \$1.60 o - Copago de \$5.10 o - Coaseguro del 25 % (sin Extra Help) Por medicamentos de marca (incluidos medicamentos genéricos considerados de marca): - copago de \$0 o - Copago de \$4.90 o - Copago de \$12.65 o - Coaseguro del 25 % (sin Extra Help) Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Dependiendo de su nivel de "Extra Help", puede pagar los siguientes montos de costo compartido: Copago según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): - Copago de \$0 o - Copago de \$1.65 o - Copago de \$5.80 o - Coaseguro del 25 % (sin no tiene Extra Help) Por medicamentos de marca (incluidos medicamentos genéricos considerados de marca): - copago de \$0 o - Copago de \$5.00 o - Copago de \$14.40 o - Coaseguro del 25 % (sin Extra Help) Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP), usted no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en otro plan de salud de Medicare o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en nuestro plan MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).

Si desea cambiar de plan en 2027, siga los siguientes pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare,** inscribese en el nuevo plan. Será desafiliado automáticamente de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP). Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren los medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que, en el caso de muchos planes, no puede inscribirse a un plan de salud de Medicare y, al mismo tiempo, contratar un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiar a Original Medicare con una cobertura de medicamentos de Medicare independiente,** puede inscribirse en un plan de la Parte D y automáticamente se le cancelará la inscripción al plan MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud escrita de desafiliación. Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: (800.442.2560) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (800.633.4227) y solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 877.486.2048.
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov); lea el manual *Medicare y Usted 2027*; llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la sección 5); o llame al 1-800-MEDICARE (800.633.4227). Le recordamos que MetroPlus Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales del plan y los montos de costo compartido.

Sección 2.1 – Plazos para cambiarse de plan

Las personas con Medicare pueden realizar 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 2027 y no está conforme con el plan que eligió, se puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o bien puede cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare independiente) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 2.2 – ¿Se puede cambiar de plan en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Entre los ejemplos, se incluye la persona que:

- Tiene Medicaid
- Recibe Extra Help para pagar sus medicamentos
- Tiene o está dejando la cobertura del empleador
- Se muda fuera del área de servicio de nuestro plan

Como usted tiene Medicaid, puede finalizar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare,
- Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare (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
- De ser elegible, un D-SNP integrado que provea los beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

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

SECCIÓN 3 Reciba ayuda para pagar los medicamentos recetados

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Hay disponibles distintas clases de ayuda:

- **Extra Help de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Extra Help para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, inclusive las primas mensuales del plan de medicamentos, deducibles anuales y coaseguros. Además, las personas que cumplan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para ver si cumple los requisitos, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (800.633.4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 877.486.2048, 24 horas al día, 7 días a la semana.

- El Seguro Social al 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 pueden llamar al 1-800-325-0778.
- La oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (SPAP).** Nueva York cuenta con un programa llamado Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, su edad o su afección médica. Para obtener más información sobre este programa, consulte su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP). Para averiguar el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que personas elegibles para ADAP con VIH/sida tengan acceso a los medicamentos para el VIH que les permiten seguir viviendo. Para ser elegible para el ADAP que se ofrece en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluyendo una constancia de residencia en dicho estado y la condición del VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y estar en situación de no asegurado o infraasegurado. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP). Para obtener más información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al 800-542-2437 o al 1-844-682-4058 (TTY 711), de lunes a viernes, de 9.00 a. m. a 5.00 p. m. Al llamar, asegúrese de informarles el número de póliza o el nombre de su plan de la Parte D de Medicare.
- **El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos de desembolso personal de los medicamentos que cubre nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Toda 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. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027: no es necesario que presente una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos en medicamentos.**

El programa Extra Help de Medicare y la ayuda de los programas SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560), o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 4 ¿Preguntas?

Obtenga ayuda de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)

- **Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356** (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Estamos disponibles para llamadas de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560). Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de cobertura 2027***

Este *Aviso de cambio anual* le ofrece un resumen sobre los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2027* de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de nuestros beneficios del plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos y sus medicamentos recetados. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org o llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: (800.442.2560) para solicitar que le enviemos por correo una copia. También puede consultar la *Evidencia de cobertura* para ver si otros beneficios o cambios de costos le afectan.

- **Visite metroplusmedicare.org**

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

Reciba asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP).

Llame al HIICAP para recibir asesoría gratuita personalizada sobre el seguro médico. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid, y responder preguntas sobre los cambios de plan. Llame a HIICAP al 800.701.0501. Para obtener más información sobre HIICAP, visite <https://aging.ny.gov>.

Obtenga ayuda de Medicare

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 877.486.2048.

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

Puede hacerlo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044.

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

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y Calificaciones con Estrellas respecto de la calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y Usted 2027***

Cada otoño, se envía por correo el manual *Medicare y Usted 2027* a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (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 800.541.2831 (TTY: 711). Llame de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y sábados, de 9:00 a. m. a 1:00 p. m. También puede visitar el sitio web de Medicaid de Nueva York (health.ny.gov/health_care/medicaid).

Programa Medicaid del estado de Nueva York – Información de contacto

Llame	1.800.541.2831 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y sábados, de 9:00 a. m. a 1:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Escriba	Puede escribir al Departamento de Servicios Sociales de su Localidad (LDSS, por sus siglas en inglés). Encuentre la dirección de su LDSS aquí: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss .
Sitio web	www.health.ny.gov/health_care/medicaid

El programa de defensoría del Estado de Nueva York ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen problemas con el servicio o la facturación. Puede ayudarle a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan.

Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) – Información de contacto

Este defensor puede ayudar a los inscritos en nuestro Plan de Salud y Recuperación (Health and Recovery Plan, HARP) y de nuestro plan de Atención Administrada de Medicaid (Medicaid Managed Care, MMC) que reciben servicios y apoyos a largo plazo.

Llame	1.844.614.8800 De lun. a vie., de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 Correo electrónico: ican@cssny.org
Sitio web	www.icannys.org

Community Health Advocates (CHA) – Información de contacto

Llame	1.888.614.5400 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 4 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Community Health Advocates Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th fl. New York, NY 10017

	correo electrónico: cha@cssny.org
Sitio web	www.communityhealthadvocates.org

Proyecto de Acceso Comunitario a la Salud para Atención de Adicciones y Salud Mental (CHAMP) – Información de contacto

Llame al	1.888.614.5400, de lunes a miércoles de 9:00 a. m. a 7:00 p. m., y jueves y viernes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 correo electrónico: ombuds@oasas.ny.gov
Sitio web	www.champny.org

El programa de defensoría de la Atención a Largo Plazo del Estado de Nueva York ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de reposo y a resolver problemas entre hogares de reposo y residentes o sus familias.

Programa Defensoría de la Atención a Largo Plazo del Estado de Nueva York – Información de contacto

Llame	1.855.582.6769, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
Escriba	2 Empire State Plaza, 5th fl. Albany, NY 12223 Correo electrónico: ombudsman@aging.ny.gov
Sitio web	www.aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

Todos los miembros reciben una Tarjeta Flex; sin embargo, solo los miembros que califiquen para los Beneficios Suplementarios para Enfermos Crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés) pueden usar los fondos de la Tarjeta Flex para alimentos, servicios públicos, suministros para mascotas y asistencia para la renta. Todos los miembros, incluso aquellos que no califiquen, pueden usar su Tarjeta Flex para productos de venta libre, dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, visitas a quiroprácticos y servicios del Sistema de Respuesta ante Emergencias.

Personales (PERS, por sus siglas en inglés). Para usar la Tarjeta Flex para alimentos, servicios públicos, suministros para mascotas y asistencia para la renta: 1) debe tener una enfermedad crónica, que incluye, entre otras, trastornos cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedad renal, cáncer o afecciones de salud mental incapacitantes, además de otras afecciones no mencionadas; 2) el plan debe determinar que usted tiene una “enfermedad crónica”; y 3) estos beneficios adicionales deben mejorar de manera razonable su salud o funcionamiento. Tenga en cuenta que pueden aplicarse condiciones, limitaciones y requisitos adicionales.

Declaración informativa de la PRA: Según la Ley de Reducción de Papeleo (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, no se exige a nadie que responda a una recolección de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto de los Estados Unidos (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop

C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



NOTICE OF AVAILABILITY |

LANGUAGE SERVICES AND AUXILIARY AIDS AND SERVICES

ATTENTION: Language assistance services, and auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call 1.866.986.0356 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: Tiene a su disposición, sin costo alguno, servicios de asistencia lingüística, y ayudas y servicios auxiliares. Llame al 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Spanish
注意: 您可以獲得免費的語言援助服務以及輔助工具和服務。請致電: 1.866.986.0356 (聽力障礙電傳: 711)。	Chinese Cantonese
تنبيه: تتوفر خدمات المساعدة اللغوية، والوسائل المساعدة والخدمات الإضافية لك بشكل مجاني. اتصل على الرقم 1.866.986.0356 (الهاتف النصي: 711).	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.866.986.0356 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой помощи и вспомогательными устройствами/средствами для восприятия информации. Звоните по тел.: 1(866)986-0356 (телетайп: 711).	Russian
ATTENZIONE: sono disponibili gratuitamente per Lei servizi di assistenza linguistica, accanto ad altri ausili e servizi. Telefoni al numero 1.866.986.0356 (Per gli utenti TTY: telefoni al numero 711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique ainsi que des aides et services auxiliaires sont mis gratuitement à votre disposition. Appelez le 1.866.986.0356 (TTY: 711).	French
ATANSYON: Sèvis asistans lang yo ak sèvis ak èd konplemantè yo gratis e disponib pou ou. Rele nan 1.866.986.0356 (TTY: 711).	French Creole
אכטונג: לרשותכם שירותי סיוע בשפה, ועזרים ושירותים גלויים ללא תשלום. רופט 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Yiddish
UWAGA: Mogą Państwo bezpłatnie korzystać z pomocy językowej, pomocy dodatkowych oraz innych usług. Proszę dzwonić pod numer 1-866-986-0356 (TTY: 711).	Polish
PAUNAWA: Ang mga serbisyo ng tulong sa wika, at mga pantulong na tulong at serbisyo, na walang bayad, ay available sa iyo. Tumawag sa 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Tagalog

মনোযোগ দিন: এখানে আপনার জন্য ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অতিরিক্ত সাহায্য ও পরিষেবা বিনামূল্যে উপলভ্য রয়েছে। 1.866.986.0356 (TTY: 711)-তে কল করুন।	Bengali
VINI RE: Shërbime për ndihmë gjuhësore, si dhe ndihmë dhe shërbimet ndihmëse, janë në dispozicion për ju pa pagesë. Telefononi 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι υπηρεσίες βοήθειας στη γλώσσα σας και τα βοηθήματα και οι υποστηρικτικές υπηρεσίες, διατίθενται δωρεάν σε εσάς. Καλέστε τον αριθμό 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Greek
توجہ فرمائیں: آپ کو زبان کی معاونت کی خدمات اور اضافی امدادی آلات و خدمات، مفت فراہم کی جاتی ہیں۔ کال کریں 1.866.986.0356 (TTY: 711)	Urdu
LƯU Ý: Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các dịch vụ hỗ trợ khác, miễn phí cho quý vị. Hãy gọi 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Vietnamese
BEACHTEN SIE: Es stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste, Hilfen und Dienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie 1.866.986.0356 (TTY: 711) an.	German
注意：我们可为您提供免费的语言协助服务以及辅助工具和服务。请致电：1.866.986.0356（听力障碍电传：711）。	Chinese Mandarin
ध्यान दें: भाषा सहायता सेवाएँ, और सहायक सहायता एवं सेवाएँ आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1.866.986.0356 (TTY: 711) पर कॉल करें।	Hindi
ATENÇÃO: Encontram-se disponíveis serviços de apoio linguístico gratuitos e ajudas e serviços auxiliares. Ligue para 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Portuguese
注意：言語サポートサービスおよび補助器具・サービスを無料にてご利用いただけます。電話 1.866.986.0356 (TTY: 711)。	Japanese