



Premier Care (HMO I-SNP) es ofrecido por ALIGN SENIOR CARE CALIFORNIA, INC.

Aviso anual de cambios para 2026

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Premier Care (HMO I-SNP).

En este material, se describen los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- Para cambiarse a otro **plan diferente**, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos de Medicare separado) en cualquier momento.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Puede encontrar más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en AlignSeniorCare.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-305-3879 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-305-3879 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Este documento también está disponible en braille y en tamaño de letra grande.

Acerca de Premier Care (HMO I-SNP)

- Premier Care (HMO I-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Cuando en este material se habla de “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a ALIGN SENIOR CARE CALIFORNIA INC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Premier Care (HMO I-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en Premier Care (HMO I-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de Premier Care (HMO I-SNP). Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacer un cambio.

H3274_002_2026ANOC_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	5
Sección 1.2 Cambios en el gasto máximo de bolsillo	5
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	6
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	6
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	7
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	11
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados	12
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	15
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes	15
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan	16
Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?	16
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados	17
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	18
Obtenga ayuda de Premier Care (HMO I-SNP)	18
Obtenga consejería gratuita sobre Medicare	19
Obtenga ayuda de Medicare	19

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$1,900 para los servicios dentro de la red	\$1,900 para los servicios dentro de la red
Visitas al consultorio de atención primaria	Copago de \$0	Copago de \$0
Visitas al consultorio de un especialista	Copago de \$0	Copago de \$0
Hospitalizaciones Incluye servicios de hospital de cuidados agudos, rehabilitación, cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes internos. El cuidado hospitalario para pacientes internados comienza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con una orden del médico. La hospitalización termina el día antes de ser dado de alta del hospital.	\$0 por estadía <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0 por estadía <i>Se requiere autorización previa.</i>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más información).	\$0	\$0
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más detalles, incluidas las etapas del deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamento de Nivel 1: copago de \$0 • Medicamento de Nivel 2: copago de \$10 • Medicamentos de Nivel 3: copago de \$45 (usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel). • Medicamentos de Nivel 4: copago de \$95 (Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel). • Medicamento de Nivel 5: Coseguro del 25% Etapa de cobertura en situaciones catastróficas Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamento de Nivel 1: copago de \$0 • Medicamento de Nivel 2: copago de \$10 • Medicamentos de Nivel 3: copago de \$45 (usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel). • Medicamentos de Nivel 4: copago de \$95 (Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel). • Medicamento de Nivel 5: coseguro del 33% Etapa de cobertura en situaciones catastróficas Durante esta etapa de pago, no debe pagar 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 (próximo año)
Prima mensual del plan (Usted también tiene que continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Reducción de la prima de la Parte B Este monto se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.	\$10	\$0

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

- **Multa por inscripción tardía:** la prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- **Recargo por ingresos más altos:** si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en el gasto máximo de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina gasto máximo de bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, por lo general, 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 (próximo año)
Gasto máximo de bolsillo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo de bolsillo. Los costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo de bolsillo.	\$1,900 para los servicios dentro de la red	\$1,900 para los servicios dentro de la red Una vez que haya pagado de su bolsillo \$1,900 por servicios dentro de la red 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.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de proveedores 2026 ([AlignSeniorCare.com](https://www.alignseniorcare.com)) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [AlignSeniorCare.com](https://www.alignseniorcare.com).
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-305-3879 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo postal.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si lo afecta un cambio de proveedores a mitad de año, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-305-3879 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red se retira de nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de la *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos recetados 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 (AlignSeniorCare.com) 2026 para ver qué farmacias forman parte de nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-305-3879 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre la farmacia o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo postal.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si lo afecta un cambio de mitad de año en nuestras farmacias, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-305-3879 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cambios en la autorización previa	La autorización previa se aplica a lo siguiente: • Servicios del Programa intensivo para pacientes ambulatorios	La autorización previa no se aplica a lo siguiente: • Servicios del Programa intensivo para pacientes ambulatorios
Calificaciones para beneficios complementarios especiales* Los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) solo están disponibles para los miembros con ciertas afecciones crónicas. Estos beneficios están marcados con un asterisco (*).	Es posible que sea elegible si tiene una de las siguientes afecciones: • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos de abuso de sustancias (SUD)	Es posible que sea elegible si tiene una de las siguientes afecciones: • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos de abuso de sustancias (SUD)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	• Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Insuficiencia cardíaca crónica • Trastornos pulmonares crónicos • EPOC • Demencia • Diabetes mellitus • Enfermedad hepática terminal • Enfermedad renal terminal (ESRD) • VIH/SIDA • Hiperlipidemia • Hipertensión • Trastornos neurológicos • Osteoartritis • Osteoporosis • Trastornos hematológicos graves • Accidente cerebrovascular	• Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Enfermedad gastrointestinal crónica • Insuficiencia cardíaca crónica • Hiperlipidemia crónica • Hipertensión crónica • Enfermedad renal crónica (ERC) • Trastornos pulmonares crónicos • Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo • Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven sus funciones • Condiciones con desafíos funcionales • Demencia • Diabetes mellitus • VIH/SIDA • Trastornos inmunosupresores

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		y por inmunodeficiencia • Trastornos neurológicos • Osteoporosis • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Postrasplante de órganos • Trastornos hematológicos graves • Accidente cerebrovascular
Servicios dentales (complementarios)	Máximo: No hay un máximo para los servicios preventivos y \$3,000 por año para los servicios integrales Copago de \$0 para los controles bucales (límite de 2 por año), limpiezas (límite de 2 por año) y tratamientos con flúor (límite de 1 cada 6 meses).	Máximo: No hay un máximo para los servicios preventivos y \$5,000 por año para los servicios integrales Copago de \$0 para los controles bucales (límite de 2 por año), limpiezas (límite de 2 por año) y tratamientos con flúor (límite de 1 cada 6 meses).
Tarjeta Healthy Living Flex	\$405 cada 3 meses para gastar en productos OTC	\$410 cada 3 meses para gastar en productos OTC Los fondos se transfieren de cada período hasta el final del año.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de apoyo en el hogar	Copago de \$0 Se limita a 80 horas por año Los miembros tienen acceso a un beneficio del programa Servicios de apoyo en el hogar que puede incluir apoyo con actividades de la vida diaria (ADL) o actividades de la vida diaria instrumentales (IADL), como necesidades de higiene personal, tareas domésticas sencillas, tareas de lavandería, preparación de comidas, alimentación, baño y aseo. Esto también puede incluir tareas generales como mandados, acompañamiento a citas, asistencia tecnológica y programación de citas.	Copago de \$0 Se limita a 100 horas por año Los miembros tienen acceso a un beneficio del programa Servicios de apoyo en el hogar que puede incluir apoyo con actividades de la vida diaria (ADL) o actividades de la vida diaria instrumentales (IADL), como necesidades de higiene personal, tareas domésticas sencillas, tareas de lavandería, preparación de comidas, alimentación, baño y aseo. Esto también puede incluir tareas generales como mandados, acompañamiento a citas, asistencia tecnológica y programación de citas.
Hospital psiquiátrico para pacientes internados	Copago de \$0 por día para los días del 1 al 3 Copago de \$100 por día para los días del 4 al 10 Copago de \$0 por día para los días del 11 al 90 Copago de \$816 por día para cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida) Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i>	Copago de \$0 por día para los días del 1 al 3 Copago de \$100 por día para los días del 4 al 10 Copago de \$0 por día para los días del 11 al 90 Copago de \$838 por día para cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida) Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Productos de venta libre (OTC)	\$405 cada 3 meses para gastar en productos OTC Incluido como parte de su tarjeta Healthy Living Flex.	\$410 cada 3 meses para gastar en productos OTC. Los fondos se transfieren de cada período hasta el final del año. Incluido como parte de su tarjeta Healthy Living Flex.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en la Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir quitar o agregar medicamentos y cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para comprobar si habrá restricciones, o si su medicamento se ha 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, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las normas 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 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.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con el profesional que receta para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-305-3879 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados

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

Si participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no le corresponda**. Le enviamos un material por separado, llamado *Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben la Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados*, en el que se le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibe este material antes del 30 de septiembre de 2025, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-305-3879 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite 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 en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuento por período sin cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapas 1: Deducible anual***

No tenemos deducible, por lo que esta etapa de pago no se aplica a usted.

- ***Etapas 2: 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 los costos totales de medicamentos en lo que va del año alcanzan los \$2,100.

- ***Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas***

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

El Programa de descuentos por período sin cobertura ha sido reemplazado por el Programa de descuentos del fabricante. En el marco del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los 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 en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los gastos de bolsillo.

Costos de los 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	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si los medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos. 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 información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0	\$0
Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si los medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.		

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 2 (genéricos) Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si los medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	\$10	\$10
Nivel 3 (de marca preferidos) Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si los medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	\$45	\$45
Nivel 4 (medicamento no preferido) Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si los medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	\$95	\$95
Nivel 5 (de especialidad) Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si los medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	25% del costo total. El costo de un medicamento recetado de pedido por correo para un mes es del 25%.	33% del costo total. El costo de un medicamento recetado de pedido por correo para un mes es del 33%.

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 de *la Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de pago de recetas de Medicare	El Plan de pago de recetas 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 al distribuirlos 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 recetas 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 1-844-305-3879 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes

Para permanecer en Premier Care (HMO I-SNP), no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en otro plan o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro programa Premier Care (HMO I-SNP).

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

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, debe inscribirse en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Premier Care (HMO I-SNP).
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en Premier Care (HMO I-SNP).

- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-305-3879 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de teletipo (TTY) pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que pague una multa por inscripción tardía a la Parte D (consulte la Sección 1.1).
- **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 con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, ALIGN SENIOR CARE CALIFORNIA, INC. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden tener diferentes coberturas, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

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 está de acuerdo con su elección, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) 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 determinadas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Por ejemplo, personas que:

- Tengan Medicaid
- Obtengan Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tengan o se vayan a retirar de la cobertura del empleador
- Se muden fuera del área de servicio de nuestro plan

Si se mudó recientemente a una institución o si ahora vive en una (como un centro de atención 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 médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) en cualquier momento. Si acaba de salir 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 retiró.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados

Usted podría calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a uno de estos:
 - 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 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. para comunicarse con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del Programa de Asistencia Farmacéutica (SPAP) de su estado.** California cuenta con un programa llamado Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos vitales para el VIH. Para ser elegible para el ADAP de su estado, debe cumplir con determinados criterios, entre ellos: evidencia de residencia en el estado y condición de portador de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y la condición de persona no asegurada o con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos de recetas a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP). 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 1-844-421-7050. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.
 - En California, comuníquese con el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) al 1-844-421-7050.
- **El plan de pago de recetas de Medicare** El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por

nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona que tenga 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 podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ofrece descuentos en los costos ni costos más bajos para sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y ADAP, para aquellos que califican, son más beneficiosas que la participación en el plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción de pago del Plan de pago de recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-844-305-3879 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda de Premier Care (HMO I-SNP)

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-305-3879. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Recibimos llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de cobertura de 2026***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2026* para Premier Care (HMO I-SNP). La Evidencia de cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. En ella se explican sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener su cobertura de servicios y de medicamentos recetados. Obtenga la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-305-3879 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo. También puede revisar la Evidencia de cobertura que se envía por separado para ver si lo afectan otros cambios en los beneficios o costos.

- **Visite AlignSeniorCare.com**

En nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga consejería gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Defensa en Seguros de Salud (HICAP) de California.

Llame al Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) de California para obtener consejería personalizada gratuita sobre el seguro de salud. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Llame al Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222. Para obtener más información sobre el Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) de California, visite <https://www.aging.ca.gov/hicap/>.

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 teletipo (TTY) pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatea 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 contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones por estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área.

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

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