***Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO)* es ofrecido por *Tufts Associated Health Maintenance Organization (Tufts Health Plan)***

# Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO).

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

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2026, permanecerá inscrito en Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o repase la lista que se encuentra al final de su manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2027*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Más información sobre costos, beneficios y normas se encuentra en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en thpmp.org o llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo postal.

**Más recursos**

- Este material está disponible de manera gratuita en español.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Su información está disponible en diferentes formatos, incluido el de letra grande.

**Acerca de Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO)**

- Tufts Health Plan es un plan HMO/PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Tufts Associated Health Maintenance Organization. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO)**. A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Tufts Medicare Preferred HMO

Smart Saver Rx (HMO). Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

# Índice

**Resumen de costos importantes para 2027 ..... 4**

**SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO) en 2027 ..... 8**

**SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año ..... 8**

Sección 2.1 Cambios en la prima mensual del plan ..... 8

Sección 2.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo ..... 9

Sección 2.3 Cambios en la red de proveedores ..... 9

Sección 2.4 Cambios en la red de farmacias ..... 10

Sección 2.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos ..... 10

Sección 2.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D ..... 24

Sección 2.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta ..... 25

**SECCIÓN 3 Cambios administrativos ..... 31**

**SECCIÓN 4 Cómo cambiar de plan ..... 31**

Sección 4.1 Plazos para cambiar de planes ..... 32

Sección 4.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? ..... 32

**SECCIÓN 5 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta ..... 33**

**SECCIÓN 6 Preguntas ..... 34**

Reciba ayuda de Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO) ..... 34

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare ..... 35

Cómo recibir ayuda de Medicare ..... 35

## Resumen de costos importantes para 2027

| | **2026 (este año)** | 2027 **(próximo año)** |
|---|---|---|
| **Prima mensual del plan*** *Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para conocer los detalles. | $0 | **$0** |
| **Monto máximo que paga de su bolsillo** Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos (Consulte la Sección 2.2 para conocer los detalles). | $6,400 | **$9,850** |
| **Consultas de atención primaria en el consultorio** | $0 de copago por consulta | **$0 de copago por consulta** |
| **Consultas en el consultorio de un especialista** | $50 de copago por consulta | **$60 de copago por consulta** |
| **Hospitalizaciones para pacientes internados** Incluye varios tipos de hospitalizaciones para pacientes internados, como atención para afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización para pacientes internados empieza el día en que lo ingresan formalmente con una orden del médico y termina el día anterior a cuando lo den de alta. | Usted paga $425 de copago cada día por los días 1-6 y $0 de copago después del día 6. | **Usted paga $490 de copago cada día por los días 1-5 y $0 de copago después del día 5.** |

| | **2026**<br>**(este año)** | 2027<br>**(próximo año)** |
|---|---|---|
| **Estadías psiquiátricas para pacientes internados** | Usted paga $370 de copago cada día por los días 1-5 y $0 de copago después del día 5. | **Usted paga $490 de copago cada día por los días 1-4 y $0 de copago después del día 4.** |
| **Cobertura para medicamentos de la Parte D**<br>(Consulte la Sección 2.7 para más información, entre esta, las Etapas del deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas). | Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D<br>$615 se aplica al Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5 de medicamentos, con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. | **Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D**<br>**$700 se aplica al Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5 de medicamentos, con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.** |

| | **2026**<br>**(este año)** | 2027<br>**(próximo año)** |
|---|---|---|
| | Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:<br><br>Medicamentos de Nivel 1: $0 - $5 de copago<br>Medicamentos de Nivel 2: $2 - $12 de copago<br>Medicamentos de Nivel 3: 20% de coseguro<br>Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br>Medicamentos de Nivel 4: 25% de coseguro<br>Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br>Medicamentos de Nivel 5: 25% de coseguro<br>Medicamentos de Nivel 6: $0 de copago | **Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:**<br><br>**Medicamentos de Nivel 1: $0 - $5 de copago**<br>**Medicamentos de Nivel 2: $2 - $12 de copago**<br>**Medicamentos de Nivel 3: 20% de coseguro**<br>**Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**<br>**Medicamentos de Nivel 4: 25% de coseguro**<br>**Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**<br>**Medicamentos de Nivel 5: 25% de coseguro**<br>**Medicamentos de Nivel 6: $0 de copago** |

| | **2026**<br>**(este año)** | 2027<br>**(próximo año)** |
|---|---|---|
| | Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:<br>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. | **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:**<br>**Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**<br>**Usted puede tener un costo compartido por los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.** |

## SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO) en 2027

Su Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO) actual no se ofrecerá en 2027. El 1 de enero de 2027, será inscrito en un nuevo plan Smart Saver Rx disponible en su área a menos que elija un plan de Medicare diferente. La información de este documento le informa sobre las diferencias entre sus beneficios actuales de Smart Saver Rx para 2026 y los beneficios que tendrá a partir del 1 de enero de 2027, en su nuevo plan Smart Saver Rx.

**Si no hace nada a más tardar el 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO).** A partir del 1 de enero de 2027, usted recibirá su cobertura médica y cobertura para medicamentos a través de Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO). Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.

## SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1 Cambios en la prima mensual del plan

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual del plan**<br>No hay cambios en la prima del plan para el próximo año de beneficios.<br>(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare). | $0 | **$0** |

**Factores que podrían modificar el monto de su prima de la Parte D**

- Multa por inscripción tardía - Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener cobertura de la Parte D u otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más elevados - Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos de Medicare.

## Sección 2.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto paga usted de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que haya pagado esta cantidad, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos por el resto del año calendario.

| | **2026 (este año)** | **2027 (próximo año)** |
|---|---|---|
| **Monto máximo que paga de su bolsillo**<br>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) **se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo. Sus costos por medicamentos con receta **no se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo. | $6,400 | **$9,850**<br>**Una vez que haya pagado $9,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.** |

## Sección 2.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores de* 2027 en thpmp.org/documents para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en thpmp.org.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarlo. Podría tener un período de inscripción especial si su proveedor deja

la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja de participar en nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de Cobertura*.

## Sección 2.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, lo que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.

Nuestra red de farmacias tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* de thpmp.org/documents en 2027 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en thpmp.org/documents.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarlo.

## Sección 2.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

| | **2026 (este año)** | **2027 (próximo año)** |
|---|---|---|
| **Terapias alternativas** | Usted paga $0 de copago. | **Sin cobertura**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios de ambulancia - Transporte aéreo** | Usted paga $350 por un viaje de un tramo para los servicios cubiertos por Medicare. | **Usted paga $375 por un viaje de un tramo para los servicios cubiertos por Medicare.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Servicios de ambulancia - Transporte terrestre** | Usted paga $350 por un viaje de un tramo para los servicios cubiertos por Medicare. | **Usted paga $375 por un viaje de un tramo para los servicios cubiertos por Medicare.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Servicios de rehabilitación cardíaca - Intensiva** | Usted paga $0 para los servicios cubiertos por Medicare. | **Usted paga $20 para los servicios cubiertos por Medicare.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Servicios de rehabilitación cardíaca - No intensiva** | Usted paga $0 para los servicios cubiertos por Medicare. | **Usted paga $20 para los servicios cubiertos por Medicare.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Atención de emergencia** | Usted paga $130 por cada consulta cubierta por Medicare.<br>Si lo mantienen en observación o ingresa como paciente internado en un plazo de 1 día por la misma afección después de la consulta a la atención de emergencia, no se aplicará el copago por atención de emergencia y usted pagará el copago correspondiente a la observación o a la atención hospitalaria para pacientes internados. | **Usted paga $115 por cada consulta cubierta por Medicare.**<br>**Si lo mantienen en observación o ingresa como paciente internado en un plazo de 1 día por la misma afección después de la consulta a la atención de emergencia, usted solo pagará el copago más alto correspondiente a la atención de emergencia o a la observación o a la atención hospitalaria para pacientes internados.**<br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Atención de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo** | Usted paga $130 de copago por consulta. | **Usted paga $115 de copago por consulta.**<br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Atención de emergencia - Transporte de emergencia en todo el mundo** | Usted paga $350 de copago por un viaje de un tramo. | **Usted paga $375 de copago por un viaje de un tramo.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Programa de acondicionamiento físico** | Usted paga $0 de copago.<br>La cobertura incluye:<br>Seguimiento de actividades,<br>Acondicionamiento físico, y<br>Ejercitación de la memoria | **<u>Sin</u> cobertura** |
| **Atención hospitalaria para pacientes internados** | Usted paga $425 de copago cada día por los días 1 al 6 y $0 de copago después del día 6. | **Usted paga $490 de copago cada día por los días 1 al 5 y $0 de copago después del día 5.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico** | Usted paga $370 de copago cada día por los días 1-5 y $0 de copago después del día 5. | **Usted paga $490 de copago cada día por los días 1-4 y $0 de copago después del día 4.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Servicios del programa intensivo para pacientes externos** | Usted paga $0 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare. | **Usted paga $55 de copago por consulta por cada servicio cubierto por Medicare.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Procedimientos y pruebas de diagnóstico para pacientes externos** | Usted paga $0 - $50 de copago por consulta dependiendo de si el servicio se recibe en un centro individual o durante la consulta médica o una consulta de atención de urgencia. | **Usted paga $0 - $60 de copago por consulta dependiendo de si el servicio se recibe en un centro individual o durante la consulta médica o una consulta de atención de urgencia.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Pacientes externos - Servicios radiológicos de diagnóstico** | Usted paga $100 de copago por día por una ecografía cubierta por Medicare.<br><br>Usted paga $200 de copago por día por otros servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare que no sean ecografías. | **Usted paga $145 de copago por día por una ecografía cubierta por Medicare.**<br><br>**Usted paga $350 de copago por día por otros servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare que no sean ecografías.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios de laboratorio para pacientes externos** | Usted paga $0 - $50 de copago por consulta dependiendo de si el servicio se recibe en un centro individual o durante la consulta médica o una consulta de atención de urgencia. | **Usted paga $0 - $60 de copago por consulta dependiendo de si el servicio se recibe en un centro individual o durante la consulta médica o una consulta de atención de urgencia.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Pacientes externos - Servicios radiológicos para pacientes externos** | Usted paga $0 - $50 de copago por consulta dependiendo de si el servicio se recibe en un centro individual o durante la consulta médica o una consulta de atención de urgencia. | **Usted paga $0 - $60 de copago por consulta dependiendo de si el servicio se recibe en un centro individual o durante la consulta médica o una consulta de atención de urgencia.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Observación hospitalaria para pacientes externos** | Usted paga $370 de copago por estadía por cada servicio cubierto por Medicare. | **Usted paga $450 de copago por estadía por cada servicio cubierto por Medicare.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios hospitalarios para pacientes externos** | Usted paga $370 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare. | **Usted paga $450 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios** | Usted paga $0 de copago por colonoscopias cubiertas por Medicare.<br><br>Usted paga $270 de copago por día por cualquier otro procedimiento y servicio para pacientes externos que se lleve a cabo en un centro quirúrgico ambulatorio.<br><br>Usted paga un copago de $370 por día por otros procedimientos y servicios ambulatorios realizados en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. | **Usted paga $0 de copago por colonoscopias cubiertas por Medicare.**<br><br>**Usted paga $350 de copago por día por cualquier otro procedimiento y servicio para pacientes externos que se lleve a cabo en un centro quirúrgico ambulatorio.**<br><br>**Usted paga un copago de $450 por día por otros procedimientos y servicios ambulatorios realizados en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios de hospitalización parcial** | Usted paga $0 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare. | **Usted paga $55 de copago por consulta por cada servicio cubierto por Medicare.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico - Especialista** | Usted paga $50 de copago por consulta por cada servicio cubierto por Medicare. | **Usted paga $60 de copago por consulta por cada servicio cubierto por Medicare.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico - Otros profesionales de la salud** | Usted paga $0 - $50 de copago por consulta según el servicio cubierto por Medicare. | **Usted paga $0 - $60 de copago por consulta según el servicio cubierto por Medicare.**<br>**Lo que paga depende del tipo y del entorno de la atención recibida. Costo compartido mínimo por servicios profesionales en un establecimiento de atención primaria. Costo compartido máximo por servicios profesionales en un establecimiento de atención especializada.**<br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico - Servicios adicionales de telesalud** | Usted paga $0 - $370 de copago según el servicio cubierto por Medicare. | **Usted paga $0 - $450 de copago según el servicio cubierto por Medicare.**<br>**El mismo costo compartido se aplica a los Servicios adicionales de telesalud como corresponde a las consultas presenciales. El costo compartido mínimo se aplica a las consultas virtuales, los controles virtuales y a los servicios de supervisión remota del paciente. El costo compartido máximo se aplica a los servicios de observación.**<br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)** | Usted paga $0 de copago cada día por los días 1 al 20 y $218 de copago cada día por los días 21 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. | **Usted paga $0 de copago cada día por los días 1 al 20 y $221 de copago cada día por los días 21 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.**<br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |

| | **2026**<br>**(este año)** | **2027**<br>**(próximo año)** |
|---|---|---|
| **Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)** | Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. | **Usted paga $15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Masaje terapéutico** | Usted paga $0 de copago. | **Sin cobertura**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Plan dental Tufts Medicare Preferred (Tufts Medicare Preferred Dental Plan)** | Usted cuenta con cobertura para servicios dentales complementarios, entre ellos:<br>$1,500 de límite de beneficio anual.<br>Servicios de Clase 1: $0 de copago.<br>Servicios de Clase 2: 20% de coseguro.<br>Servicios de Clase 3: 50% de coseguro.<br>Sin período de espera.<br>Los servicios solo están cubiertos con proveedores de Dominion PPO Network. | **Usted cuenta con cobertura para servicios dentales complementarios, entre ellos:**<br>**$500 de límite de beneficio anual.**<br>**Servicios de Clase 1: $0 de copago.**<br>**Servicios de Clase 2: 50% de coseguro.**<br>**Servicios de Clase 3: 50% de coseguro.**<br>**Sin período de espera.**<br>**Los servicios solo están cubiertos con proveedores de Dominion PPO Network.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios de urgencia** | Usted paga $50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. | **Usted paga $40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Servicios de urgencia - Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo** | Usted paga $50 de copago. | **Usted paga $40 de copago.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Vista - Examen de la vista cubierto por Medicare** | Usted paga $15 - $40 de copago según el servicio cubierto por Medicare. | **Usted paga $0 - $15 de copago según el servicio cubierto por Medicare.**<br>**El costo compartido mínimo es por exámenes de retinopatía diabética. El costo compartido máximo es para todos los demás exámenes de la vista médicamente necesarios realizados por un motivo especial.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Lentes de contacto** | Usted paga $0 de copago. | **Sin cobertura**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Marcos para anteojos** | Usted paga $0 de copago. | **Sin cobertura**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Lentes para anteojos** | Usted paga $0 de copago. | **Sin cobertura**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Anteojos (lentes y marcos)** | Usted paga $0 de copago. | **Sin cobertura**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Actualizaciones** | Usted paga $0 de copago. | **Sin cobertura**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Vista - Beneficio de anteojos o lentes de contacto de rutina** | Usted recibe $250 por año calendario para la compra de anteojos o lentes de contacto (lentes con receta, marcos o una combinación de lentes y marcos) y/o lentes de contacto de los proveedores participantes de EyeMed Vision Care, o $150 por año calendario para compras a proveedores que no participan en EyeMed Vision Care. | **Usted recibe por año calendario para la compra de anteojos o lentes de contacto (lentes con receta, marcos o una combinación de lentes y marcos) y/o lentes de contacto de cualquier proveedor.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Vista - Anteojos o lentes de contacto terapéuticos (cubiertos por Medicare y cobertura complementaria)** | Usted paga $0 de copago por un par estándar de anteojos cubierto por Medicare con marcos o lentes de contacto estándares después de una cirugía de cataratas, o por un par estándar de anteojos terapéuticos con marcos o lentes de contacto estándares.<br><br>Puede utilizar su asignación para anteojos o lentes de contacto a través de EyeMed para comprar mejoras (es decir, marcos y/o lentes no estándar) para sus anteojos o lentes de contacto. Sin embargo, una vez agotada la asignación para anteojos o lentes de contacto, usted será responsable de cualquier saldo restante. | **Usted paga $0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas, o por un par de anteojos terapéuticos o lentes de contacto.**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Programas de control del peso** | Usted paga $0 de copago. | **Sin cobertura**<br><br>**Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.** |
| **Programas de control del peso - Monto máximo del plan** | Sin cobertura | **Sin cobertura** |

## Sección 2.6 Cambios en la cobertura para 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 encuentra en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, 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 estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura para medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

## Sección 2.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

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

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta)*, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe Ayuda adicional, y no recibió este material con este paquete, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar la *Cláusula LIS*.

**Etapas de pago de los medicamentos**

Existen **3 etapas de pago de medicamentos:** la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

  Usted comienza en esta etapa de pagos cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

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

  Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que los costos totales de sus medicamentos del año a la fecha lleguen a $2,400.

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

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

## Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra el costo por medicamentos con receta durante esta etapa.

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Deducible anual** | $615<br>Durante esta etapa, usted paga $0 - $5 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, $2 - $12 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos, y $0 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 6: vacunas y el costo total de los medicamentos del Nivel 3: medicamentos de marca preferida, Nivel 4: medicamentos de marca no preferida, y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual. | **$700**<br>**Durante esta etapa, usted paga $0 - $5 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, $2 - $12 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos, y $0 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 6: vacunas, y el costo total de los medicamentos del Nivel 3: medicamentos de marca preferida, Nivel 4: medicamentos de marca no preferida, y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual.** |

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

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

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos por un suministro a largo plazo en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido o por medicamentos con receta para pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado $2,400 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

| | **2026 (este año)** | **2027 (próximo año)** |
|---|---|---|
| **Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos**<br><br>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. | *Costo compartido estándar:* Usted paga $5.<br>Usted paga el menor de $5 o 25% del costo total por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es $0.<br>*Costo compartido preferido:* Usted paga $0. | ***Costo compartido estándar:*** **Usted paga $5.**<br>**Usted paga el menor de $5 o 25% del costo total por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**<br>**Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es $0.**<br>***Costo compartido preferido:*** **Usted paga $0.** |

| | **2026 (este año)** | **2027 (próximo año)** |
|---|---|---|
| **Nivel 2: medicamentos genéricos**<br><br>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. | *Costo compartido estándar:* Usted paga $12.<br>Usted paga el menor de $12 o 25% del costo total por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es $2.<br>*Costo compartido preferido:*<br>Usted paga $2.<br>Usted paga el menor de $2 o 25% del costo total por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. | ***Costo compartido estándar:* Usted paga $12.**<br>**Usted paga el menor de $12 o 25% del costo total por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**<br>**Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es $2.**<br>***Costo compartido preferido:***<br>**Usted paga $2.**<br>**Usted paga el menor de $2 o 25% del costo total por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Nivel 3: medicamentos de marca preferida**<br><br>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. | *Costo compartido estándar:*<br>Usted paga 20% del costo total.<br>Usted paga el menor de $35 o 20% del costo total por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es 20% del costo total.<br>*Costo compartido preferido:*<br>Usted paga 20% del costo total.<br>Usted paga el menor de $35 o 20% del costo total por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. | ***Costo compartido estándar:***<br>**Usted paga 20% del costo total.**<br>**Usted paga el menor de $35 o 20% del costo total por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**<br>**Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es 20% del costo total.**<br>***Costo compartido preferido:***<br>**Usted paga 20% del costo total.**<br>**Usted paga el menor de $35 o 20% del costo total por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** |

| | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|---|---|---|
| **Nivel 4: medicamentos de marca no preferida**<br><br>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. | *Costo compartido estándar:*<br>Usted paga 25% del costo total.<br>Usted paga el menor de $35 o 25% del costo total por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es 25% del costo total.<br>*Costo compartido preferido:*<br>Usted paga 25% del costo total.<br>Usted paga el menor de $35 o 25% del costo total por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. | ***Costo compartido estándar:***<br>**Usted paga 25% del costo total.**<br>**Usted paga el menor de $35 o 25% del costo total por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**<br>**Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es 25% del costo total.**<br>***Costo compartido preferido:***<br>**Usted paga 25% del costo total.**<br>**Usted paga el menor de $35 o 25% del costo total por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** |
| **Nivel 5: medicamentos especializados**<br><br>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. | *Costo compartido estándar:*<br>Usted paga 25% del costo total.<br>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es 25% del costo total.<br>*Costo compartido preferido:*<br>Usted paga 25% del costo total. | ***Costo compartido estándar:***<br>**Usted paga 25% del costo total.**<br>**Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es 25% del costo total.**<br>***Costo compartido preferido:***<br>**Usted paga 25% del costo total.** |

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Nivel 6: vacunas**<br><br>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. | *Costo compartido estándar:*<br>Usted paga $0.<br>*Costo compartido preferido:*<br>Usted paga $0. | ***Costo compartido estándar:***<br>**Usted paga $0.**<br>**Costo compartido preferido:**<br>**Usted paga $0.** |

## SECCIÓN 3 Cambios administrativos

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Suministro de días extendidos de medicamentos con receta de Nivel 1** | Los miembros pueden recibir un suministro de hasta 90 días de medicamentos de Nivel 1 incluidos en el Formulario. | **Los miembros pueden recibir un suministro de hasta 100 días de medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1) incluidos en el Formulario.** |

## SECCIÓN 4 Cómo cambiar de plan

**Para seguir inscrito en Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO), no es necesario que haga nada.** A menos que usted se inscriba en un tipo diferente de plan de salud de Medicare o se cambie a Original Medicare para el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO).

Si quiere cambiarse de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO). Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos con receta. También tenga en cuenta que, para muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y al mismo tiempo comprar un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura para medicamentos separada de Medicare,** usted puede inscribirse en un plan de la Parte D, y se cancelará automáticamente su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO).
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea en tuftsmedicarepreferred.org/hmo-ppo-disenrollment-form. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida 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, podría pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 2.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You 2027* (*Medicare y Usted 2027*), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 6) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Le recordamos que Tufts Associated Health Maintenance Organization ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

## Sección 4.1 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 usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027, y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

## Sección 4.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, las personas podrían tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos son las personas que:

- Tienen Medicaid
- Obtienen Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen cobertura por parte de su empleador o están dejando de tenerla
- Se han mudado fuera del área de servicio de nuestro plan

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

## SECCIÓN 5 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
  - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  - Al Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda de su Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP).** Massachusetts tiene un programa denominado Prescription Advantage que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono que corresponde a su estado, visite shiphelp.org, o llame al 1-800-MEDICARE.

- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/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 para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (HIV Drug Assistance Program, HDAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al 1-617-502-1700. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **El Plan de pago de recetas de Medicare.** El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos que lo ayuda a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a lo largo del año calendario (enero – diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare con cobertura para medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si usted está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, se renovará automáticamente su participación para 2027. No necesita presentar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

  La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

## SECCIÓN 6 Preguntas

### Reciba ayuda de Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO)

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* para 2027**

  Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2027 para Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en thpmp.org/documents o llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite thpmp.org/documents**

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

## Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Massachusetts, el SHIP se denomina Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE).

Llame a SHINE para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros médicos. Podrán ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare además de responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a SHINE al 1-800-243-4636. Conozca más de SHINE visitando mass.gov/health-insurance-counseling.

## Cómo recibir ayuda de Medicare

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

  Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con Medicare.gov**

  Puede platicar en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite Medicare.gov**

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

- **Lea *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)***

  El manual *Medicare & You 2027* se envía por correo cada otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

TUFTS Health Plan

a Point32Health company

**Tufts Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). Tufts Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).**

**Tufts Health Plan:**

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Tufts Health Plan at **1-800-701-9000** (HMO)/**1-866-623-0172** (PPO)/(TTY: 711).

If you believe that Tufts Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, or gender identity), you can file a grievance with:

**Tufts Health Plan, Attention:**
Civil Rights Legal Coordinator
1 Wellness Way, Canton, MA 02021-1166
Phone: **1-888-880-8699** ext. 48000, **(TTY: 711)**
Fax: **1-617-668-2754**
Email: OCRCoordinator@point32health.org

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Tufts Health Plan Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights; electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**; or by mail or phone at:

**U.S. Department of Health and Human Services**
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
**1-800-368-1019** (TDD: **1-800-537-7697**)
Complaint forms are available at **www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.
thpmp.org | **1-800-701-9000** (HMO)/**1-866-623-0172** (PPO)/**(TTY: 711)**

# Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

**English** ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) or speak to your provider.

**Español (Spanish)** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) o hable con su proveedor.

**Português (Portuguese)** ATENÇÃO: Se fala Português, estão disponíveis para si serviços gratuitos de assistência linguística. Estão também disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY - Dispositivo das telecomunicações para surdos: 711) ou fale com o seu prestador.

中文 (**Simplified Chinese**) 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

**Việt (Vietnamese)** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

**РУССКИЙ (Russian)** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

**(Arabic)**العربية تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 711 (1-800-701-9000 -1-866-(HMO) 623-0172 (PPO) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ភាសាខ្មែរ (**Khmer**) សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ របសិនេបីអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតៃថ្លគឺមានសរមាប់អ្នក។ ជំនួយ និងេសវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរមយ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទរមង់ដែលអាចចូលេរបីរបាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតៃថ្លផងែដរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ឬនិយាយេទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

**Français (French)** ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

**Italiano (Italian)** ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

한국어 **(Korean)** 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

**Ελληνικά (Greek)** ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

**POLSKI (Polish)** UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

हिंदी **(Hindi)**न दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ગુજરાતી **(Gujarati)** ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.