

# 2026

## Notificación anual de cambios



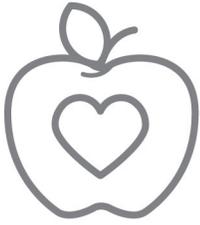
---

**CareSalute (HMO)**  
H1019-132

---

**Florida**  
Determinados condados en Florida

**CarePlus**  
HEALTH PLANS™



## Revise las actualizaciones de su plan de CarePlus para el 2026

Adentro encontrará la Notificación anual de cambios. Este manual compara sus beneficios del 2025 con sus beneficios del 2026.

Este manual muestra cambios importantes, pero no detalla todos los beneficios. Tenga en cuenta que su plan le continuará brindando cobertura dental, de la vista y auditiva. Su plan también incluye una prima de \$0, un copago para médico de cuidado primario de \$0 y servicios preventivos de \$0, que incluyen mamografías, colonoscopías y pruebas de detección de densidad ósea.

Si desea quedarse con CarePlus, no es necesario que haga nada. Su afiliación se renovará automáticamente el 1 de enero de 2026. Si tiene preguntas sobre su plan, comuníquese con nosotros. Estamos aquí para ayudar.

Desde el 15 de octubre de 2025, usted puede encontrar estos documentos del 2026 en línea en **CarePlusHealthPlans.com/Plans**:

- **Evidencia de Cobertura**  
Detalles completos sobre su plan de CarePlus, incluyendo beneficios y costos
- **Directorio de Proveedores**  
Lista de médicos, farmacias y otros proveedores en su red

Si prefiere que le enviemos una copia impresa de estos documentos por correo postal, complete nuestro formulario de pedido en línea en: **CarePlusHealthPlans.com/PrintRequest**.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de servicios para afiliados al **800-794-5907**. Si usa un TTY, llame al **711**. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y los días festivos. Para servicio las 24 horas, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**.

Es posible que CarePlus se ponga en contacto con usted de vez en cuando para informarle sobre otros planes de CarePlus. Para dejar de recibir llamadas en el futuro, puede comunicarse con Servicios para Afiliados al número de teléfono que aparece arriba.

**Gracias por ser afiliado de CarePlus.** Estamos comprometidos a ofrecerle beneficios y servicios que le ayuden a ahorrar dinero y tener el mejor estado de salud posible.

## CareSalute (HMO) ofrecido por CarePlus Health Plans, Inc.

### Notificación anual de cambio para 2026

Usted está inscrito como afiliado de CareSalute (HMO-POS).

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

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en CareSalute (HMO-POS).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov) o revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Tiene más información sobre los costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en [CarePlusHealthPlans.com/Plans](https://www.CarePlusHealthPlans.com/Plans) o llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le enviemos una copia por correo. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan.

#### Recursos adicionales

- Este material está disponible sin costo en inglés.
- Para obtener más información, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Puede llamarnos los siete días de la semana. Tenga en cuenta que es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda a su llamada los fines de semana y días festivos. Para servicio las 24 horas, puede visitarnos en [CarePlusHealthPlans.com](https://www.CarePlusHealthPlans.com). Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluidos braille, letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para afiliados al número que aparece anteriormente.
- **La cobertura conforme a este plan se considera cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de la responsabilidad individual compartida según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

#### Acerca de CareSalute (HMO)

- CareSalute (HMO) es una organización Medicare Advantage HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan de CarePlus depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa CarePlus Health Plans, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa CareSalute (HMO).
- Este plan no incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, y usted no puede inscribirse en un plan de medicamentos de la Parte D de Medicare por separado y en este plan al mismo tiempo. Tenga en cuenta que si no tiene una cobertura de medicamentos recetados de Medicare o una cobertura válida de medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare), es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.
- El 1 de enero de 2026, CarePlus Health Plans, Inc. va a combinar CareSalute (HMO-POS) con uno de nuestros planes, CareSalute (HMO). La información en este documento le informa acerca de las diferencias entre sus

beneficios actuales en CareSalute (HMO-POS) H1019143000 y los beneficios que tendrá a partir del 1 de enero de 2026 como afiliado de CareSalute (HMO) H1019132000.

- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre 2025, quedará inscrito automáticamente en CareSalute (HMO).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica a través de CareSalute (HMO). Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

H1019\_ANOC\_MA\_HMO\_143000132000\_2026\_SP\_M

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

## Índice

<b>Resumen de costos importantes para 2026 .....</b>	<b>6</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo.....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan.....	7
Sección 1.2 Cambios en su cantidad máxima de desembolso personal .....	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	7
Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos.....	8
<b>SECCIÓN 2 Cómo cambiar de planes.....</b>	<b>27</b>
Sección 2.1 Plazos para cambiar de planes .....	27
Sección 2.2 ¿Hay otros períodos del año para realizar un cambio? .....	27
<b>SECCIÓN 3 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>28</b>
<b>SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?.....</b>	<b>28</b>
Reciba ayuda de CareSalute (HMO).....	28
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	29
Obtenga ayuda de Medicare .....	29
<b>Anexo A. Información de contacto de las agencias estatales.....</b>	<b>30</b>
Se enumeran los nombres, direcciones, números de teléfono y otra información de contacto para una variedad de recursos útiles en su estado	

## Resumen de costos importantes para 2026

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Prima mensual del plan</b> (Para ver información detallada, consulte la Sección 1.1).	\$0		\$0	
<b>Cantidad máxima de desembolso personal</b>  Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Para ver información detallada, consulte la Sección 1.2).	De proveedores de la red: <b>\$4,900</b>	De proveedores de la red y fuera de la red combinados: <b>\$4,900</b>	<b>\$3,900</b>	No se aplica
<b>Visitas al consultorio del proveedor de cuidado primario</b>	Copago de <b>\$0</b> por consulta	No se aplica	Copago de <b>\$0</b> por consulta	No se aplica
<b>Consultas médicas con un especialista</b>	Copago de <b>\$40</b> por consulta	Copago de <b>\$50</b> por consulta	Copago de <b>\$30</b> por consulta	No se aplica
<b>Estadías en el hospital como paciente internado</b>  Incluye internación hospitalaria para enfermedades agudas, internación para servicios de rehabilitación, hospitales de cuidado médico a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios de internación. El cuidado hospitalario a pacientes internados comienza el día en que usted está formalmente admitido en el hospital por orden de un médico. El día antes de que le den de alta es su último día de paciente internado.	Copago de <b>\$260</b> por día para los días 1 – 10  Copago de <b>\$0</b> por día para los días 11 – 90	Copago de <b>\$300</b> por día para los días 1 – 10  Copago de <b>\$0</b> por día para los días 11 – 90	Copago de <b>\$175</b> por día para los días 1 – 7  Copago de <b>\$0</b> por día para los días 8 – 90	No se aplica

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

### Sección 1.1 - Cambios en la prima mensual del plan

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
<b>Prima mensual del plan</b> (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
<b>Reducción de la prima de la Parte B</b> Este monto se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.	\$115	\$125

### Sección 1.2 - Cambios en su cantidad máxima de desembolso personal

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina la cantidad máxima de desembolso personal. Una vez que haya pagado esta cantidad, por lo general no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Costo	2025 (este año)		2026 (el próximo año)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Cantidad máxima de desembolso personal</b> Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) <b>se tienen en cuenta</b> para la cantidad máxima de desembolso personal.	\$4,900	\$4,900 combinados dentro de la red y fuera de la red	\$3,900 Una vez que haya pagado <b>\$3,900</b> de desembolso personal por los servicios cubiertos de las Partes A y B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B para el resto del año calendario.	No se aplica

### Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de proveedores de 2026* en [CarePlusHealthPlans.com/Directorios](https://www.CarePlusHealthPlans.com/Directorios) para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas,

hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [CarePlusHealthPlans.com/Directories](https://www.CarePlusHealthPlans.com/Directories).
- Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

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

Los servicios recibidos en Clínicas de salud rurales, Clínicas de salud calificadas federalmente y Hospitales de acceso crítico pueden estar sujetos al copago o coseguro del médico de cuidado primario o especialista, según corresponda, para 2026.

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)		
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	
<b>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</b>	– en el consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
	– en un centro de radiología independiente	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
	– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</b>	Copago de <b>\$40</b> por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.	Copago de <b>\$40</b> por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones del	Copago de <b>\$0</b> por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.	No se aplica	No se aplica

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
		beneficio dentro de la red.		
<b>Vacunas y suero para la alergia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por suero y vacunas para la alergia cubiertos por Medicare, usted paga:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>en el consultorio de un especialista</li> </ul> </li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cambio	No se aplica
<b>Servicios de ambulancia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por cada transporte terrestre de emergencia cubierto por Medicare, usted paga:</li> <li>Por cada transporte aéreo de emergencia cubierto por Medicare, usted paga:</li> <li>Por cada transporte terrestre que no sea de emergencia cubierto por Medicare, usted paga:</li> <li>Por cada transporte aéreo que no sea de emergencia cubierto por Medicare, usted paga:</li> </ul>	Copago de <b>\$250</b> por viaje  <b>20%</b> del costo total  Copago de <b>\$0</b> por viaje  <b>20%</b> del costo total	Copago de <b>\$250</b> por viaje  <b>20%</b> del costo total  Copago de <b>\$0</b> por viaje  <b>20%</b> del costo total	Sin cambio  Sin cambio  Sin cambio  Sin cambio	No se aplica  No se aplica  No se aplica  No se aplica
<b>Medición de la masa ósea</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>en el consultorio de un especialista</li> <li>en un centro de radiología independiente</li> <li>en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>  Copago de <b>\$0</b>  Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total  <b>50%</b> del costo total  <b>50%</b> del costo total	Sin cambio  Sin cambio  Sin cambio	No se aplica  No se aplica  No se aplica
<b>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>en el consultorio de un especialista</li> <li>en un centro de radiología independiente</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>  Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total  <b>50%</b> del costo total	Sin cambio  Sin cambio	No se aplica  No se aplica

<b>Costo</b>	<b>2025 (este año)</b>		<b>2026 (el año próximo)</b>	
	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>				
– en el consultorio de un especialista	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
<b>Prueba de detección de enfermedad cardiovascular</b>				
– en el consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
– en un centro de laboratorio independiente	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<b>Prueba de detección del cáncer cervical y vaginal</b>				
– en el consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<b>Servicios quiroprácticos</b>				
• Por cada consulta cubierta por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación), usted paga:				
– en el consultorio de un especialista	Copago de <b>\$20</b>	Copago de <b>\$50</b>	Sin cambio	No se aplica
<b>Prueba de detección del cáncer colorrectal</b>				
– en el consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
– en un centro de cirugía ambulatoria	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Monitor continuo de glucosa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– en un proveedor de equipo médico duradero</li> <li>– en una farmacia minorista de la red</li> </ul>	<p>Copago de <b>\$0</b></p> <p>Copago de <b>\$0</b></p>	<p><b>50%</b> del costo total</p> <p><b>50%</b> del costo total</p>	<p>Sin cambio</p> <p>Sin cambio</p>	<p>No se aplica</p> <p>No se aplica</p>
<b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por los servicios dentales cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista, usted paga:</li> <li>• Beneficios suplementarios de servicios dentales:</li> </ul>	<p>Copago de <b>\$40</b></p> <p><b>DEN927</b>                      Copago de <b>\$0</b> por examen oral integral, hasta 1 cada 3 años.                      Copago de <b>\$0</b> por dentaduras postizas completas y/o dentaduras postizas parciales, hasta 1 juego(s) cada 5 años.                      Copago de <b>\$0</b> por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante por año.                      Copago de <b>\$0</b> por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.                      Copago de <b>\$0</b> por revestimiento de dentaduras postizas, radiografía panorámica, conducto radicular, hasta 1 por año.                      Copago de <b>\$0</b> por empaste de amalgama y/o resina compuesta,</p>	<p>Copago de <b>\$50</b></p> <p>No hay cobertura</p>	<p>Copago de <b>\$30</b></p> <p><b>DEN903</b>                      Copago de <b>\$0</b> por examen oral integral, hasta 1 cada 3 años.                      Copago de <b>\$0</b> por dentaduras postizas completas y/o dentaduras postizas parciales, hasta 1 juego(s) cada 5 años.                      Copago de <b>\$0</b> por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante por año.                      Copago de <b>\$0</b> por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.                      Copago de <b>\$0</b> por revestimiento de dentaduras postizas, radiografía panorámica, hasta 1 por año.                      Copago de <b>\$0</b> por empaste de amalgama y/o resina compuesta, examen de</p>	<p>No se aplica</p> <p>No hay cobertura</p>

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
	<p>examen de diagnóstico de emergencia, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.            Copago de <b>\$0</b> por extracción simple o quirúrgica, hasta 3 por año.            Copago de <b>\$0</b> por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.            Copago de <b>\$0</b> por anestesia necesaria con servicio cubierto hasta lo que sea necesario con códigos cubiertos por año.            Copago de <b>\$0</b> por extracciones para dentaduras postizas ilimitadas por año.            Las extracciones ilimitadas están cubiertas únicamente con el fin de que el afiliado reciba dentaduras postizas; todas las demás extracciones están limitadas a 3 por año.</p>		<p>diagnóstico de emergencia, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.            Copago de <b>\$0</b> por extracción simple o quirúrgica, hasta 3 por año.            Copago de <b>\$0</b> por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.            Copago de <b>\$0</b> por anestesia necesaria con servicio cubierto hasta lo que sea necesario con códigos cubiertos por año.            Copago de <b>\$0</b> por extracciones para dentaduras postizas ilimitadas por año.            Las extracciones ilimitadas están cubiertas únicamente con el fin de que el afiliado reciba dentaduras postizas; todas las demás extracciones están limitadas a 3 por año.</p>	
<b>Prueba de detección de diabetes</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en un centro de laboratorio independiente</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<p><b>Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por la capacitación para el automanejo de la diabetes cubierta por Medicare, usted paga:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul> </li> <li>• Por cada artículo de suministro para la diabetes cubierto por Medicare, usted paga:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– en un proveedor para la diabetes</li> <li>– en una farmacia fuera de la red</li> </ul> </li> <li>• Para zapatos e insertos cubiertos por Medicare para diabéticos, usted paga:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– en un proveedor de equipo médico duradero</li> <li>– en un proveedor de dispositivos protésicos</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$0</b></li> <li>Copago de <b>\$0</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>50%</b> del costo total</li> <li><b>50%</b> del costo total</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin cambio</li> <li>Sin cambio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se aplica</li> <li>No se aplica</li> </ul>
<p><b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por cada artículo de alto costo cubierto por Medicare, usted paga:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>20%</b> del costo total por sillas de ruedas eléctricas o personalizadas, scooters motorizadas, estimuladores de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>50%</b> del costo total por sillas de ruedas eléctricas o personalizadas, scooters motorizadas, estimuladores de</li> </ul>	Sin cambio	No se aplica

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> <li>Por todos los demás artículos cubiertos por Medicare, usted paga:</li> </ul>	crecimiento óseo, cajas de voz, bombas de insulina, sistemas de oxígeno líquido, desfibriladores cardioversores portátiles y dispositivos de oscilación de alta frecuencia para la pared torácica. Copago de <b>\$0</b>	crecimiento óseo, cajas de voz, bombas de insulina, sistemas de oxígeno líquido, desfibriladores cardioversores portátiles y dispositivos de oscilación de alta frecuencia para la pared torácica. <b>50%</b> del costo total	crecimiento óseo, cajas de voz, bombas de insulina, sistemas de oxígeno líquido, desfibriladores cardioversores portátiles y dispositivos de oscilación de alta frecuencia para la pared torácica. <b>20%</b> del costo total	No se aplica
<b>Electrocardiograma de detección</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>en el consultorio de un especialista</li> <li>en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b> Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total <b>50%</b> del costo total	Sin cambio Sin cambio	No se aplica No se aplica
<b>Cuidado médico en casos de emergencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por cada consulta en una sala de emergencias cubierta por Medicare, usted paga:</li> </ul>	Copago de <b>\$115</b> está exento si es admitido dentro de 24 horas.	Copago de <b>\$115</b> está exento si es admitido dentro de 24 horas.	Copago de <b>\$150</b> está exento si es admitido dentro de 24 horas.	No se aplica
<b>Servicios para la audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por los servicios para la audición cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista, usted paga:</li> <li>Beneficios suplementarios de servicios para la audición:</li> </ul>	Copago de <b>\$40</b> <b>HER722</b> Copago de <b>\$0</b> por ajuste o evaluación, exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de <b>\$250</b> para cada audifono recetado (de todo	Copago de <b>\$50</b> No hay cobertura	Copago de <b>\$30</b> <b>HER904</b> Copago de <b>\$0</b> por ajuste o evaluación, exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de <b>\$750</b> para cada audifono recetado (de todo	No se aplica No hay cobertura

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
	tipo), hasta 1 por oído por año. Tenga en cuenta que incluye 2 años de garantía y 1 mes de suministro de batería.		tipo), hasta 1 por oído por año. Tenga en cuenta que incluye 1 año de garantía y 1 mes de suministro de batería.	
<b>Prueba de detección del VIH</b>				
– en el consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
– en un centro de laboratorio independiente	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<b>Cuidado de una agencia de cuidado de la salud en el hogar</b>				
• Por las consultas de cuidado de la salud en el hogar cubiertas por Medicare, usted paga:	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<b>Vacunas</b>				
– en todos los lugares de tratamiento	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cambio	No se aplica
<b>Cuidado de hospitalización</b>				
• Por una estadía en un hospital cubierta por Medicare, usted paga:	Copago de <b>\$260</b> por día para los días 1 - 10 Copago de <b>\$0</b> por día para los días 11 - 90	Copago de <b>\$300</b> por día para los días 1 - 10 Copago de <b>\$0</b> por día para los días 11 - 90	Copago de <b>\$175</b> por día para los días 1 - 7 Copago de <b>\$0</b> por día para los días 8 - 90	No se aplica
<b>Cuidado de la salud mental para pacientes internados</b>				
• Por una estadía en un hospital cubierta por Medicare, usted paga:	Copago de <b>\$260</b> por día para los días 1 - 10 Copago de <b>\$0</b> por día para los días 11 - 90	Copago de <b>\$300</b> por día para los días 1 - 10 Copago de <b>\$0</b> por día para los días 11 - 90	Copago de <b>\$175</b> por día para los días 1 - 7 Copago de <b>\$0</b> por día para los días 8 - 90	No se aplica  No se aplica

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> <li>Por una estadía en un centro psiquiátrico para pacientes internados cubierta por Medicare, usted paga:</li> </ul>	Copago de <b>\$260</b> por día para los días 1 - 9 Copago de <b>\$0</b> por día para los días 10 - 90	Copago de <b>\$300</b> por día para los días 1 - 9 Copago de <b>\$0</b> por día para los días 10 - 90	Copago de <b>\$175</b> por día para los días 1 - 7 Copago de <b>\$0</b> por día para los días 8 - 90	
<b>Servicios ambulatorios intensivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$35</b>	No hay cobertura
<b>Terapia de nutrición médica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>en el consultorio de un especialista</li> <li>en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b> Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total <b>50%</b> del costo total	Sin cambio Sin cambio	No se aplica No se aplica
<b>Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>con un proveedor del MDPP</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cambio	No se aplica
<b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por los medicamentos de quimioterapia y su administración, usted paga:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> <li>en el consultorio de un especialista</li> </ul> </li> <li>Para los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare, usted paga:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>en el consultorio de un especialista</li> </ul> </li> </ul>	<b>20%</b> del costo total <b>20%</b> del costo total <b>20%</b> del costo total	<b>20%</b> del costo total <b>20%</b> del costo total <b>20%</b> del costo total	Sin cambio Sin cambio Sin cambio	No se aplica No se aplica No se aplica

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	<b>20%</b> del costo total <b>\$35</b> como máximo de desembolso personal por mes	<b>20%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en una farmacia minorista de la red</li> </ul>	<b>20%</b> del costo total <b>\$35</b> como máximo de desembolso personal por mes	<b>20%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el caso de otros medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, usted paga:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> <li>– en una farmacia minorista de la red</li> </ul> </li> </ul>	<b>20%</b> del costo total	<b>20%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
	<b>20%</b> del costo total	<b>20%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
	<b>20%</b> del costo total	<b>20%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<p><b>Servicios de programas de tratamiento con opioides</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por cada consulta para servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare, usted paga:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul> </li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$0</b>	No se aplica
	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$0</b>	No se aplica
<p><b>Pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por las pruebas y procedimientos de diagnóstico, usted paga:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul> </li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
	Copago de <b>\$175</b>	Copago de <b>\$250</b>	Copago de <b>\$150</b>	No se aplica

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
– en un centro de cuidado de urgencia	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$25</b>	No se aplica
• Por los servicios de imágenes avanzadas (MRI, MRA, PET o escaneo CT), usted paga:				
– en el consultorio de su proveedor de cuidado primario	Copago de <b>\$175</b>	No se aplica	Copago de <b>\$150</b>	No se aplica
– en el consultorio de un especialista	Copago de <b>\$175</b>	Copago de <b>\$200</b>	Copago de <b>\$150</b>	No se aplica
– en un centro de radiología independiente	Copago de <b>\$175</b>	Copago de <b>\$200</b>	Copago de <b>\$150</b>	No se aplica
– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de <b>\$260</b>	Copago de <b>\$300</b>	Copago de <b>\$200</b>	No se aplica
• Por los servicios de radiología básicos, usted paga:				
– en el consultorio de un especialista	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de <b>\$130</b>	Copago de <b>\$175</b>	Copago de <b>\$100</b>	No se aplica
– en un centro de radiología independiente	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$75</b>	Copago de <b>\$0</b>	No se aplica
– en un centro de cuidado de urgencia	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$25</b>	No se aplica
• Por las mamografías de diagnóstico, usted paga:				
– en el consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cambio	No se aplica
– en un centro de radiología independiente	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cambio	No se aplica
– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cambio	No se aplica
• Para radioterapia, usted paga:				

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
– en el consultorio de un especialista	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
– en un centro de radiología independiente	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$0</b>	No se aplica
– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	<b>20%</b> del costo total	<b>20%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
• Por los servicios de medicina nuclear, usted paga:				
– en un centro de radiología independiente	Copago de <b>\$175</b>	Copago de <b>\$200</b>	Copago de <b>\$150</b>	No se aplica
– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de <b>\$260</b>	Copago de <b>\$300</b>	Copago de <b>\$200</b>	No se aplica
• Por servicios de estudio del sueño, usted paga:				
– en el hogar del afiliado	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cambio	No se aplica
– en el consultorio de un especialista	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de <b>\$175</b>	Copago de <b>\$250</b>	Copago de <b>\$150</b>	No se aplica
• Por el cuidado de heridas, usted paga:				
– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
• Por los suministros médicos, usted paga:	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	<b>20%</b> del costo total	No se aplica
• Por las colonoscopias de diagnóstico, usted paga:				
– en un centro de cirugía ambulatoria	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cambio	No se aplica
– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cambio	No se aplica
• Por los servicios de laboratorio, usted paga:				

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> <li>– en un centro de laboratorio independiente</li> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> <li>– en un centro de cuidado de urgencia</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cambio	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en un centro de laboratorio independiente</li> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> <li>– en un centro de cuidado de urgencia</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cambio	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> <li>– en un centro de cuidado de urgencia</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cambio	No se aplica
<p><b>Observación hospitalaria ambulatoria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por cada consulta para servicios de observación cubiertos por Medicare, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul> </li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cambio	No se aplica
<p><b>Cuidado ambulatorio de la salud mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por cada consulta de terapia individual/de grupo cubierta por Medicare, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> <li>– por una consulta virtual</li> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul> </li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$0</b>	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>– por una consulta virtual</li> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	No se aplica	Copago de <b>\$0</b>	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$0</b>	No se aplica
<p><b>Servicios de rehabilitación ambulatoria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por terapia física cubierta por Medicare, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> <li>– en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)</li> </ul> </li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)</li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica

<b>Costo</b>	<b>2025 (este año)</b>		<b>2026 (el año próximo)</b>	
	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por terapia ocupacional cubierta por Medicare, usted paga:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> </ul> </li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)</li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare, usted paga:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> </ul> </li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)</li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$30</b>	No se aplica
<p><b>Servicios ambulatorios por farmacodependencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por cada consulta de terapia individual/de grupo cubierta por Medicare, usted paga:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> </ul> </li> <li>– por una consulta virtual</li> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$0</b>	No se aplica
	Copago de <b>\$40</b>	No se aplica	Copago de <b>\$0</b>	No se aplica
	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b>	Copago de <b>\$0</b>	No se aplica

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<p><b>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios provistos en centros hospitalarios de cuidado ambulatorio y centros de cirugía ambulatoria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por cada consulta para servicios quirúrgicos cubierta por Medicare, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> <li>– en un centro de cirugía ambulatoria</li> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul> </li> </ul>	<p>Copago de <b>\$40</b></p> <p>Copago de <b>\$200</b></p> <p>Copago de <b>\$260</b></p>	<p>Copago de <b>\$50</b></p> <p>Copago de <b>\$250</b></p> <p>Copago de <b>\$300</b></p>	<p>Copago de <b>\$30</b></p> <p>Copago de <b>\$100</b></p> <p>Copago de <b>\$200</b></p>	<p>No se aplica</p> <p>No se aplica</p> <p>No se aplica</p>
<p><b>Pedido por correo de medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)</b></p>	<p>Subsidio mensual de <b>\$15</b> para comprar productos de venta sin receta aprobados para la salud y el bienestar disponibles a través de nuestro proveedor de pedidos por correo OTC. La cantidad no utilizada vence al final del mes.</p>	<p>Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red. Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.</p>	<p>Subsidio mensual de <b>\$100</b> para comprar productos de venta sin receta aprobados para la salud y el bienestar disponibles a través de nuestro proveedor de pedidos por correo OTC. La cantidad no utilizada vence al final del mes.</p>	<p>Sin cambio</p>
<p><b>Hospitalización parcial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	<p>Copago de <b>\$40</b></p>	<p>Copago de <b>\$50</b></p>	<p>Copago de <b>\$35</b></p>	<p>No hay cobertura</p>
<p><b>Servicios de podología</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por cada consulta cubierta por Medicare (cuidado de los pies necesario por razones médicas), usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> </ul> </li> </ul>	<p>Copago de <b>\$40</b></p>	<p>Copago de <b>\$50</b></p>	<p>Copago de <b>\$30</b></p>	<p>No se aplica</p>

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> <li>Por cada consulta rutinaria</li> </ul>	Copago de <b>\$40</b> por consulta rutinaria de podología, sin límite de consultas por año.	No hay cobertura	Copago de <b>\$30</b> por consulta rutinaria de podología, sin límite de consultas por año.	No hay cobertura
<b>Pruebas de detección del cáncer de próstata</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>en el consultorio de un especialista</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>en un proveedor de dispositivos protésicos</li> </ul>	<b>20%</b> del costo total	<b>20%</b> del costo total	Copago de <b>\$0</b>	No se aplica
<b>Servicios de médicos, incluyendo visitas al consultorio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por cada consulta médica para servicios cubiertos por Medicare, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>en el consultorio de un especialista</li> <li>por una consulta virtual con el consultorio de un especialista</li> </ul> </li> </ul>	Copago de <b>\$40</b> Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$50</b> No se aplica	Copago de <b>\$30</b> Copago de <b>\$30</b>	No se aplica No se aplica
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>en el consultorio de un especialista</li> <li>en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	Copago de <b>\$30</b> Copago de <b>\$30</b>	Copago de <b>\$50</b> Copago de <b>\$50</b>	Sin cambio Sin cambio	No se aplica No se aplica
<b>Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>en el consultorio de un especialista</li> <li>en un centro de radiología independiente</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b> Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total <b>50%</b> del costo total	Sin cambio Sin cambio	No se aplica No se aplica

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<b>Servicios para tratar la enfermedad renal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por los servicios de educación sobre la enfermedad renal, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> </ul> </li> <li>• Por los servicios de diálisis renal, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>– en un centro de diálisis</li> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$0</b></li> <li><b>20%</b> del costo total</li> <li><b>20%</b> del costo total</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>50%</b> del costo total</li> <li><b>20%</b> del costo total</li> <li><b>20%</b> del costo total</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin cambio</li> <li>Sin cambio</li> <li>Sin cambio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se aplica</li> <li>No se aplica</li> <li>No se aplica</li> </ul>
<b>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por una estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare, usted paga:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$0</b> por día para los días 1 - 20</li> <li>Copago de <b>\$188</b> por día para los días 21 - 100</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$0</b> por día para los días 1 - 20</li> <li>Copago de <b>\$188</b> por día para los días 21 - 100</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$0</b> por día para los días 1 - 20</li> <li>Copago de <b>\$160</b> por día para los días 21 - 100</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se aplica</li> </ul>
<b>Servicios para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<b>Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– en el consultorio de un especialista</li> <li>– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$25</b></li> <li>Copago de <b>\$25</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$50</b></li> <li>Copago de <b>\$50</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$30</b></li> <li>Copago de <b>\$30</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se aplica</li> <li>No se aplica</li> </ul>

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Flexibilidad uniforme para el transporte médico que no es de emergencia</b>	No hay cobertura	No hay cobertura	Copago de <b>\$0</b> para ubicaciones aprobadas por el plan hasta una cantidad ilimitada de viajes sencillos por año para afiliados con enfermedad renal crónica (CKD, por sus siglas en inglés), enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) o diagnóstico de cáncer. Este beneficio ofrece una cantidad ilimitada de millas por viaje.	Para este servicio debe utilizarse el proveedor de la red. Si decide utilizar otro proveedor, usted será responsable de todos los cargos.
<b>Servicios que se necesitan con urgencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por los servicios que se necesitan con urgencia cubiertos por Medicare, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>en el consultorio de un especialista</li> <li>en un centro de cuidado de urgencia</li> <li>por una consulta virtual de cuidado de urgencia</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$40</b></li> <li>Copago de <b>\$40</b></li> <li>Copago de <b>\$40</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$50</b></li> <li>Copago de <b>\$40</b></li> <li>No se aplica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$30</b></li> <li>Copago de <b>\$25</b></li> <li>Copago de <b>\$25</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se aplica</li> <li>No se aplica</li> <li>No se aplica</li> </ul>
<b>Cuidado para la vista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por los servicios para la vista cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista, usted paga:</li> <li>Por los prueba de detección de glaucoma, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>en el consultorio de un especialista</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$40</b></li> <li>Copago de <b>\$0</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$50</b></li> <li><b>50%</b> del costo total</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de <b>\$30</b></li> <li>Sin cambio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se aplica</li> <li>No se aplica</li> </ul>

Costo	2025 (este año)		2026 (el año próximo)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para un examen de la vista para diabéticos en todos los lugares de tratamiento, usted paga:</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>	<b>50%</b> del costo total	Sin cambio	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por las artículos para la vista (después de una cirugía de cataratas) en todos los lugares de tratamiento, usted paga:</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>	Sin cambio	No se aplica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios para la vista rutinarios:</li> </ul>	<p><b>VIS840</b>                      Copago de <b>\$0</b> por prueba de refracción y dilatación (si es necesario) con examen rutinario, hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de <b>\$200</b> por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) más ajustes; o bien, 2 pares de anteojos seleccionados por año sin costo. Puede elegir 1 par de anteojos de sol recetados. Los anteojos incluyen protección ultravioleta y capa contra rayaduras.</p>	No hay cobertura	<p><b>VIS141</b>                      Copago de <b>\$0</b> por prueba de refracción y dilatación (si es necesario) con examen rutinario, hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de <b>\$300</b> por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) más ajustes; o bien, 3 pares de anteojos seleccionados por año sin costo. Puede elegir 1 par de anteojos de sol recetados. Los anteojos incluyen protección ultravioleta, capa contra rayaduras, lentes bifocales estándar sin línea y lentes de transición.</p>	No hay cobertura
<p><b>Cobertura mundial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por cada consulta en un centro de cuidado de urgencia, usted paga:</li> </ul>	No se aplica	Copago de <b>\$40</b>	Copago de <b>\$25</b>	Copago de <b>\$25</b>

## SECCIÓN 2      Cómo cambiar de planes

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

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

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare distinto**, inscribese en el nuevo plan. Se le desafiliará automáticamente de CareSalute (HMO).
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se le desafiliará automáticamente de CareSalute (HMO).
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, usted puede enviarnos una solicitud de desafiliación por escrito. Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite la desafiliación. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se afilia a un plan de medicamentos de Medicare, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D (consulte la Sección 3).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [es.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), lea el manual *Medicare* y *usted 2026*, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 4), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

---

### Sección 2.1 – Plazos para cambiar de planes

---

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura desde **el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que empieza el 1 de enero de 2026 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin una cobertura aparte para medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

---

### Sección 2.2 – ¿Hay otros períodos del año para realizar un cambio?

---

En determinadas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para hacer cambios en su cobertura durante el año. Los ejemplos incluyen personas que:

- Tengan Medicaid.
- Reciban Ayuda adicional para pagar los medicamentos.
- Tengan o dejen de tener cobertura del empleador.
- Se muden fuera del área de servicio de nuestro plan.

Si recientemente se mudó a una institución o actualmente vive en una (como un centro de enfermería especializada u hospital de cuidado a largo plazo), usted 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 Medicare Original (con o sin una cobertura aparte de medicamentos de Medicare) en

cualquier momento. Si acaba de mudarse de una institución, tiene una oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original por 2 meses completos después del mes en que se mudó.

### **SECCIÓN 3      Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados**

Usted puede ser elegible para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Existen diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para obtener Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos incluyendo primas mensuales del plan de medicamentos, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas que son elegibles no tendrán una multa por afiliación tardía. Para ver si usted es elegible, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana.
  - Seguro social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el programa ADAP que están viviendo con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Para ser elegible para el programa ADAP de su estado, usted debe cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia estatal y condición de VIH, bajos ingresos, según lo definido por el estado, y el estatus de no tener seguro o tener seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP son elegibles para recibir ayuda con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del programa ADAP. Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o si ya está inscrito cómo continuar recibiendo ayuda, llame al programa ADAP (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en el “Anexo A” en la parte final de este documento). Cuando llame, asegúrese de informar el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.

### **SECCIÓN 4      ¿Tiene preguntas?**

#### **Reciba ayuda de CareSalute (HMO-POS)**

**Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907. (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para atender las llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m. Puede llamarnos los siete días de la semana. Tenga en cuenta que es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda a su llamada los fines de semana y días festivos. Para servicio las 24 horas, puede visitarnos en [CarePlusHealthPlans.com](https://www.CarePlusHealthPlans.com). Las llamadas a estos números son gratis.

#### **Lea su Evidencia de cobertura para 2026**

Esta *Notificación anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de CareSalute (HMO) para 2026. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Le explica sus derechos y las normas que debe

seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [CarePlusHealthPlans.com/Plans](https://www.CarePlusHealthPlans.com/Plans) o llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo postal.

### **Visite [CarePlusHealthPlans.com/Plans](https://www.CarePlusHealthPlans.com/Plans).**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*).

### **Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare**

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en cada estado.

Llame al SHIP de su estado para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros de salud. Le pueden ayudar a comprender las opciones de planes de Medicare y Medicaid, y responder preguntas acerca del cambio de planes. La información de contacto del SHIP de su estado se menciona en el “Anexo A” en la parte final de este documento.

### **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 siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Puede chatear en vivo en [es.Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.es.Medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

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

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

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costo, cobertura y calificaciones de calidad de Estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

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

El manual *Medicare y usted 2026* se envía por correo a las personas que tienen Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes que se hacen sobre Medicare. Obtenga una copia en [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## Anexo A - Información de contacto de las agencias estatales

Esta sección provee la información de contacto de las agencias estatales a las que se hace referencia en esta Notificación anual de cambios. Si tiene problemas para localizar la información que busca, contacte a Servicios para afiliados al número de teléfono en la contraportada de este manual.

<b>FLORIDA</b>	
<b>Nombre del programa SHIP e información de contacto</b>	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 800-963-5337 (llamada gratuita) 800-955-8770 (TTY) 850-414-2150 (fax) 800-963-5337 <a href="http://www.floridaSHINE.org">http://www.floridaSHINE.org</a>
<b>Organización para el mejoramiento de la calidad</b>	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 888-317-0751 711 (TTY) 844-878-7921 (Fax) <a href="http://www.acentraqio.com">www.acentraqio.com</a>
<b>Oficina estatal de Medicaid</b>	Florida Medicaid 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308-5407 888-419-3456 (llamada gratuita) 850-412-4000 (local) 850-922-2993 (fax) 800-955-8771 (TTY) <a href="https://ahca.myflorida.com">https://ahca.myflorida.com</a>
<b>Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA</b>	Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP) HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399 850-245-4422 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español) 1-800-2437-101 (1-800-AIDS-101) (Kreyòl Ayisyen) 888-503-7118 (TTY) <a href="http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html">http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html</a>

# Insurance ACE

## Aviso sobre prácticas de privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. ANALÍCELO DETENIDAMENTE.**

**La privacidad de su información personal y de salud es importante. No necesita hacer nada a menos que tenga una solicitud o una queja.**

Este Aviso sobre prácticas de privacidad se aplica a todas las entidades que forman parte de Insurance ACE, una entidad cubierta afiliada según la HIPAA. ACE es un grupo de entidades cubiertas legalmente separadas que están afiliadas y se han designado a sí mismas como una única entidad cubierta a los fines de la HIPAA.

Hay una lista completa de las entidades miembro de ACE disponible en <https://huma.na/insuranceace>.

Es posible que cambiemos nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permitan las leyes, incluyendo la información que creamos o que recibamos antes de hacer los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestro plan de salud el correspondiente aviso.

### **¿Qué es la información personal o de salud no pública?**

La información personal y de salud no pública incluye tanto información médica como información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, números de cuenta, información de pago o información demográfica. El término “información” en este aviso incluye toda información personal y sobre salud no pública. Esto incluye información creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud o un plan de salud. La información se relaciona con su salud física o mental o su afección, la prestación de servicios de cuidado de la salud que usted recibe o el pago de esos servicios de cuidado de la salud.

### **¿Cómo recopilamos información sobre usted?**

Recopilamos información sobre usted y su familia cuando usted completa solicitudes y formularios. También recopilamos información de sus transacciones con nosotros, nuestras afiliadas u otros. Por ejemplo, es posible que recibamos información sobre usted de participantes del sistema de cuidado de la salud, como su médico u hospital, así como de empleadores o administradores de planes, agencias de informes de crédito y la Oficina de Información Médica.

### **¿Qué información recibimos sobre usted?**

La información que recibimos puede incluir datos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, historial de pagos de primas y su actividad en nuestro sitio web. Esto también incluye información relacionada con su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y evaluaciones de riesgos de salud.

### **¿Cómo protegemos su información?**

Tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información en todos los formatos, incluida la información electrónica, y oral. Entre los procedimientos administrativos, técnicos y físicos que tenemos para proteger su información de diversas formas se incluyen:

- Limitamos el número de personas que pueden ver su información.
- Limitamos la forma en que podemos usar o divulgar su información.
- Le informamos a usted acerca de nuestros deberes legales acerca de su información.
- Capacitamos a nuestros empleados acerca de nuestro programa y procedimientos de privacidad.

### **¿Cómo usamos y divulgamos su información?**

Usamos y divulgamos su información:

- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal de actuar en su nombre.

- A la Secretaría del Departamento de salud y servicios humanos.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de reclamaciones de servicios cubiertos provistos a usted por proveedores de cuidado de la salud y para pagos de las primas del plan de salud.
- Para actividades de funcionamiento del cuidado de la salud. Esto incluye procesar su inscripción, responder a sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad, y determinar las primas.
- Para realizar actividades de suscripción. No obstante, no usaremos ningún resultado de exámenes genéticos ni haremos preguntas con respecto a su historia familiar.
- Al patrocinador de su plan, para permitirle realizar funciones de administración del plan, como actividades relacionadas con la elegibilidad, la inscripción y la desafiliación. Podemos compartir información de salud resumida sobre usted con el patrocinador de su plan en ciertos casos. Por ejemplo, para permitirle al patrocinador de su plan obtener ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos permiso o el patrocinador de su plan debe certificar que se compromete a mantener la privacidad de su información.
- Para contactarle a usted y brindarle información acerca de servicios y beneficios relacionados con la salud, recordatorios de citas, o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si usted optó por no recibir este tipo de información, no nos comunicaremos con usted.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos o a cualquier otra persona que usted identifique. Esto se aplica si la información es directamente pertinente con la participación de dichas personas en su cuidado de la salud o en el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, nosotros podemos confirmar si la reclamación ha sido recibida y pagada.
- Para proveer información de pago al suscriptor para sustentación ante el Servicio de impuestos internos.
- A las agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando hay problemas de abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o del tribunal, citación, solicitud de revelación u otros procesos legales.
- Con fines de aplicación de la ley, a las autoridades militares y según sea exigido de cualquier otra forma por la ley.
- Para ayuda en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones bajo el contrato o la ley de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación, en circunstancias limitadas y siempre que hayan tomado las medidas apropiadas para proteger su privacidad.
- Para obtención, remisión al banco de órganos, o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico patólogo forense, examinador médico o director funerario.

Otras restricciones sobre el uso y la divulgación para ciertos tipos de información:

- Algunas leyes estatales y federales podrían restringir el uso y la divulgación de determinada información sensible de salud, tal como: trastorno por abuso de sustancias; información biométrica; negligencia o abuso infantil o de adultos, incluido el ataque sexual; enfermedades transmisibles; información genética; VIH/SIDA; salud mental; salud reproductiva; y enfermedades de transmisión sexual.
- Información de salud reproductiva: No usaremos ni divulgaremos información para realizar una investigación para identificar a (o el intento de imponer responsabilidad contra) ninguna persona por el hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar cuidado de salud reproductiva legal. En respuesta a una solicitud de información de una agencia gubernamental (o de otra persona) que podría estar relacionada al cuidado de la salud reproductiva, la persona que efectúe la solicitud debe proporcionar una certificación firmada que indique que el objetivo de dicha solicitud no viola la prohibición sobre la divulgación de la información de cuidado de salud reproductiva.

### **¿Usaremos su información para fines no descritos en este aviso?**

No usaremos ni divulgaremos su información con ningún otro fin que no esté descrito en este aviso sin su permiso por escrito. Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito. Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia.
- Los fines de marketing.
- La venta de información personal y de salud.

### **¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser afiliado?**

Su información puede seguir siendo usada con los fines descritos en este aviso. Esto incluye cuando usted no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal requerido, destruimos la información siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

### **¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?**

Tenemos el compromiso de responder a su solicitud de derechos de manera oportuna.

- Acceso: usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que puede ser usada para tomar decisiones acerca de usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Según lo exige la ley aplicable, pondremos esta información personal a su disposición o a disposición de su representante designado.
- Decisión adversa sobre la suscripción: si rechazamos su solicitud de seguro, usted tiene derecho a que se le proporcione el motivo de la denegación.
- Comunicación alterna: para evitar una situación que ponga en riesgo la vida, usted tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Procesaremos su solicitud si es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar correcciones a cualquier información personal a través de enmiendas o eliminaciones. Dentro de los 60 días hábiles de recibir el pedido por escrito, le notificaremos a usted sobre su enmienda o eliminación de la información en disputa, o de nuestro rechazo de hacer cierta corrección luego de más investigación.
- Si nos rehusáramos a enmendar o eliminar la información en disputa, usted tiene el derecho de presentarnos una declaración por escrito con las razones de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera ser información correcta. Haremos que dicha declaración sea accesible para todas y cada una de las partes que revisen la información en disputa.\*
- Divulgación: usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en las cuales nosotros o nuestros asociados comerciales hayamos divulgado su información. Esto no se aplica a tratamientos, pagos, operaciones del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos.
- Aviso: usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia por escrito de este aviso en cualquier momento.
- Restricción: usted tiene derecho a solicitar que se limite el uso o la divulgación de su información. No se nos exige aceptar este límite, pero si lo hacemos, acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o terminar una limitación previamente presentada.

### **Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debo hacer?**

Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentar una queja ante nosotros llamándonos al 866-861-2762 en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito al Departamento de salud y servicios humanos de EE. UU., Oficina de derechos civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda si usted así lo solicita. También puede enviar su queja por correo electrónico a **OCRComplaint@hhs.gov**. Si decide presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no le castigaremos ni tomaremos represalias de ninguna manera.

Respaldamos su derecho de proteger la privacidad de su información personal y de salud.

## **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber puesto en riesgo la privacidad o la seguridad de su información
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información excepto según se describe aquí, a menos que usted nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

## **¿Cómo ejerzo mis derechos u obtengo una copia de este aviso?**

Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer mediante la obtención de los formularios pertinentes. Para obtener cualquiera de estos formularios:

- Comuníquese con nosotros al 866-861-2762
- Ingrese a nuestro sitio web en **CarePlusHealthPlans.com/Privacy** y vaya al enlace de Prácticas de privacidad
- Envíe el formulario de solicitud completado a:

Humana Inc.  
Privacy Office 003/10911  
101 E. Main Street  
Louisville, KY 40202

\* Este derecho solo se aplica a nuestros residentes de Massachusetts según las regulaciones estatales.

## Aviso de no discriminación

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discrimina ni excluye a las personas por su raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. CarePlus Health Plans Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades adaptaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
  - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos de acceso electrónico o de otro tipo)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, los cuales pueden incluir:
  - Intérpretes acreditados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con **800-794-5907 (TTY: 711)**. Si usted cree que CarePlus Health Plans, Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **800-794-5907 (TTY: 711)**, o **Accessibility1@CarePlus-HP.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono a:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.



# Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **1-800-794-5907** (الهاتف النصي: 711).

Հայերեն Armenian: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք՝ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**:

বাংলা Bengali: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **1-800-794-5907 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 Simplified Chinese: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **1-800-794-5907 (听障专线: 711)**。

繁體中文 Traditional Chinese: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **1-800-794-5907 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen Haitian Creole: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski Croatian: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

فارسی Farsi: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **1-800-794-5907** (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français French : Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Deutsch German: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Ελληνικά Greek: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી Gujarati: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית Hebrew: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hmoob Hmong: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Italiano Italian: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

This notice is available at [CarePlusHealthPlans.com/MLI](https://www.CarePlusHealthPlans.com/MLI).

GHHNOA2025CP

日本語 Japanese: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。1-800-794-5907 (TTY: 711) までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ Khmer: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយប្រកបដោយជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-794-5907 (TTY: 711)។

한국어 Korean: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오.

Diné: Saad t'áá jiiik'eh, t'áadoole'é binahjii' bee adahodooníígií diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó ahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjii' hodíílnih 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Polski Polish: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Português Portuguese: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue 1-800-794-5907 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ Punjabi: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-794-5907 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский Russian: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Español Spanish: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Tagalog Tagalog: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa 1-800-794-5907 (TTY: 711).

தமிழ் Tamil: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. 1-800-794-5907 (TTY: 711) ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు Telugu: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. 1-800-794-5907 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి.

اردو Urdu: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ 1-800-794-5907 (TTY: 711) کال کریں۔

Tiếng Việt Vietnamese: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711).



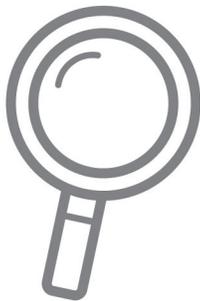


CarePlus Health Plans, Inc.  
P.O. Box 14168  
Lexington, KY 40512-4168



H1019143000132000ANOCSP26

## Información importante sobre los cambios en su plan de Medicare Advantage



### **Más información en el interior**

Aquí está un resumen de las diferencias en su **plan de CarePlus** que entra en vigencia el 1 de enero de 2026.

### **¿Tiene preguntas?**

Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al 800-794-5907 (TTY: 711).

**CarePlus**  
HEALTH PLANS™

CarePlusHealthPlans.com