



## Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) ofrecido por Presbyterian Health Plan, Inc.

Contract ID (2025): H3204-016 (AssistPlus)

Contract ID (2026): H3204-013-004

# Aviso anual de cambios para 2026



(505) 923-6060  
1-800-797-5343  
(TTY 711)



**Del 1° de octubre al 31° de marzo:**  
De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche,  
los siete días de la semana

**Del 1° de abril al 30° de septiembre:**  
De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche,  
de lunes a viernes



info@phs.org

[www.phs.org/Medicare](http://www.phs.org/Medicare)



***Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) lo ofrece Presbyterian Health Plan, Inc.***

## **Aviso anual de cambios para 2026**

**Identificación del contrato: H3204-013-004**

Usted está inscrito como miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).

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

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2026*.
- Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Podrá encontrar más información sobre costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en [www.phs.org/Medicare](http://www.phs.org/Medicare) o llame a nuestro Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo. También podrá revisar la *Evidencia de cobertura* que se envió por correo por separado para saber si lo afectan otros beneficios o cambios de costos.

### **Más recursos**

- Este material está disponible gratis en español.
- Llame a Servicio al Cliente al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Desde el **1 de octubre al 31 de marzo** el horario es 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los días festivos) y del **1 de abril al 30 de septiembre**, es lunes a viernes (excepto los días festivos). Esta llamada es gratis.
- Esta información está disponible en otros formatos. Comuníquese con Servicio al Cliente al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

**Sobre *Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)***

- Nuestro plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Medicaid de Nuevo México para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Presbyterian Health Plan Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)*. Este material le informa de las diferencias entre sus beneficios actuales en *Presbyterian Dual plus (HMO D-SNP)* y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2026 como miembro de *Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)*.
- El 1 de enero de 2026, Presbyterian Health Plan, Inc. hará la transición de Presbyterian Senior Care AssistPlus w/Rx (HMO) a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Este material le informa de las diferencias entre sus beneficios actuales en Presbyterian Senior Care AssistPlus w/Rx (HMO) y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2026 como miembro de *Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)*.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en *Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)*.** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos mediante Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límite para hacer un cambio.

## Índice

<b>Resumen de costos importantes para 2026 .....</b>	<b>4</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 del máximo de gastos de bolsillo.....	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	8
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	9
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	9
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D .....	20
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta .....	21
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....</b>	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan .....</b>	<b>24</b>
Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes .....	25
Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio? .....	25
<b>SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>26</b>
<b>SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>27</b>
Obtenga ayuda de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) .....	27
Obtenga ayuda de Medicare .....	28
Obtenga ayuda de Medicaid.....	29

## Resumen de costos importantes para 2026

\*Estas son cantidades de costos compartidos de 2025 y pueden cambiar para 2026. Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) le informará de las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Vaya a la Sección 1 para obtener más información.</p>	\$11.80	\$0
<p><b>Deducible</b></p>	\$0	<p><b>\$257, excepto la insulina suministrada desde un artículo de equipo médico duradero.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<p><b>Cantidad del máximo de gastos de bolsillo</b></p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vaya a la Sección 1 para obtener más información).</p>	\$5,000	<p><b>\$9,250</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</b></p>

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (año próximo)</b>
<p><b>Visitas en el consultorio de atención primaria</b></p>	<p>\$0 de copago por visita</p>	<p style="text-align: center;"><b>20% por visita</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<p><b>Visitas en el consultorio de especialistas</b></p>	<p>\$30 de copago por visita</p>	<p style="text-align: center;"><b>20% por visita</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<p><b>Estancias en el hospital como paciente hospitalizado</b></p> <p>Incluye servicios para condiciones graves de pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, atención en el hospital de largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención en el hospital para pacientes hospitalizados comienza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que lo den de alta es su último día de hospitalización.</p>	<p>Por admisión, usted paga:</p> <p style="padding-left: 20px;">\$375 por día, días 1-5</p> <p style="padding-left: 20px;">\$0 por día, días 6-90</p>	<p style="text-align: center;"><b>Según el período de beneficios de Medicare Original, usted paga:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Deducible de \$1676* por cada período de beneficios.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Días 1-60:</b> <b>\$0 de copago</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Días 61-90:</b> <b>\$419* de copago</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Días 91 y posteriores:</b> <b>\$838* de copago</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>

	<p><b>2025 (este año)</b></p>	<p><b>2026 (año próximo)</b></p>
<p><b>Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D</b> (Vaya a la Sección 1 para obtener más información).</p>	<p>\$590, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D</p>	<p><b>\$550, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D</b></p>
<p><b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b> (Vaya a la Sección 1 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).</p>	<p>Copago/Coseguro, según corresponda, durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de nivel 1: \$0</p> <p>Medicamentos de nivel 2: 25%</p> <p>Medicamentos de nivel 3: 25%</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto</p> <p>Medicamentos de nivel 4: 26%</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto</p> <p>Medicamentos de nivel 5: 25%</p>	<p><b>Copago/Coseguro, según corresponda, durante la etapa de cobertura inicial:</b></p> <p><b>Medicamentos de nivel 1:</b> <b>\$0</b></p> <p><b>Medicamentos de nivel 2:</b> <b>25% del costo total del medicamento</b></p> <p><b>Medicamentos de nivel 3:</b> <b>25% del costo total del medicamento</b></p> <p><b>Usted paga hasta \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto</b></p> <p><b>Medicamentos de nivel 4:</b> <b>25% del costo total del medicamento</b></p> <p><b>Usted paga hasta \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto</b></p> <p><b>Medicamentos de nivel 5:</b> <b>25% del costo total del medicamento</b></p>

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
	<p>Etapa de cobertura catastrófica:</p> <p>Durante este nivel de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>	<p><b>Etapa de cobertura catastrófica:</b></p> <p><b>Durante este nivel de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</b></p>

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

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

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
<p><b>Prima mensual del plan</b></p> <p>(También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).</p>	\$11.80	\$0

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

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

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
<p><b>Cantidad del máximo de gastos de bolsillo</b></p> <p>Ya que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>No debe pagar ningún gasto de bolsillo para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) <b>cuentan</b> para su cantidad del máximo de gastos de bolsillo. La prima de nuestro plan y los costos de sus medicamentos con receta <b>no cuentan</b> para su cantidad del máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$5,000</p>	<p><b>\$9,250</b></p> <p><b>Una vez que haya pagado \$9,250 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</b></p>

### Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores cambiará el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores 2026*, [www.phs.org/Medicare](http://www.phs.org/Medicare) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Para obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [www.phs.org/Medicare](http://www.phs.org/Medicare).
- Llame al Servicio al Cliente al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores hecho a mitad de año lo afectara, llame al Servicio al Cliente al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor dentro de la red deja nuestro plan, vaya al Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

### Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

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

Nuestra red de farmacias cambiará el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias y proveedores 2026*, en [www.phs.org/Medicare](http://www.phs.org/Medicare), para ver qué farmacias están en nuestra red. Para obtener un *Directorio* de proveedores actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [www.phs.org/Medicare](http://www.phs.org/Medicare).
- Llame al Servicio al Cliente al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos un *Directorio* de proveedores por correo.

Podemos hacer cambios en las farmacias que son parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en nuestras farmacias a mitad de año lo afectara, llame al Servicio al Cliente al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

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

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

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
<p><b>Acupuntura</b> *La acupuntura cubierta por Medicare está limitada a no más de 20 tratamientos al año.</p>	<p>Usted es responsable de \$25 de copago por visita.</p> <p>La acupuntura de rutina está limitada a 20 visitas por año.</p>	<p><b>Para los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare, usted será responsable de 20% de coseguro.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
		<p><b>Para los servicios de acupuntura de rutina, usted será responsable de \$0 de copago, hasta 5 visitas por año. Medicaid no cubre la acupuntura de rutina. Usted será responsable del costo de las visitas que excedan el límite de 5 visitas.</b></p>
<b>Servicios de ambulancia</b>	Usted es responsable de \$350 de copago por viaje.	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>	Usted es responsable de \$0 de copago por viaje.	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Usted es responsable de \$20 de copago.	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<b>Servicios dentales completos</b>	<p>Beneficio dental de compra opcional con una prima mensual de \$25.90</p> <p>Límite de beneficio anual de \$4,000.</p> <p>20%-50% de los costos totales de los servicios.</p>	<p><b>Beneficio dental básico y completo incorporado con prima de \$0</b></p> <p><b>Límite de beneficio anual de \$3,000.</b></p> <p><b>Sin copagos ni coseguros por los servicios.</b></p>

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (año próximo)</b>
<b>Servicios dentales</b>	Usted es responsable de \$50 de copago.	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<b>Manejo personal de la diabetes</b>	<p>Las tiras reactivas y lancetas cubiertas tienen se limitan a una cantidad de 100 por 30 días para los miembros sin dependencia de insulina y 200 por 30 días para los miembros con dependencia de insulina.</p> <p>Si usa un monitor continuo de glucosa (MCG): los límites de cantidad no se aplican a las tiras reactivas ni a las lancetas.</p> <p style="text-align: center;"><b>Dentro de la red:</b> Sin cargo</p>	<p><b>Las tiras reactivas y lancetas cubiertas se limitan a una cantidad de 100 por 90 días para los miembros sin dependencia de insulina y 300 por 90 días para los miembros con dependencia de insulina.</b></p> <p><b>Si usa un medidor continuo de glucosa (MCG): las tiras reactivas y las lancetas están limitadas a una cantidad de 200 cada 365 días</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Dentro de la red:</b> Sin cargo</p>
<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>	Usted será responsable de 20% de coseguro.	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<b>Atención de emergencia</b>	Usted es responsable de \$125 de copago.	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro hasta \$115 por atención de emergencia.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>

	<p><b>2025 (este año)</b></p>	<p><b>2026 (año próximo)</b></p>
<p><b>Servicios de audición</b></p>	<p>Usted es responsable de \$0 de copago por servicios de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted es responsable de \$0 de copago por un (1) examen de audición de rutina, limitado a uno por año.</p> <p>Usted es responsable de \$499 de copago por aparatos auditivos TruHearing Standard.</p> <p>Usted es responsable de \$699 de copago por aparatos auditivos TruHearing Advanced.</p> <p>Usted es responsable de \$999 de copago por aparatos auditivos TruHearing Premium.</p>	<p><b>Usted será responsable de \$0 de copago por los servicios de audición cubiertos por Medicare.</b></p> <p><b>Usted será responsable de \$0 de copago por un (1) examen de audición de rutina, limitado a uno por año.</b></p> <p><b>Usted será responsable de \$0 de copago por hasta dos (2) aparatos auditivos de la marca TruHearing (uno por año cada 2 años). Limitado a \$2,000 cada 2 años.</b></p>
<p><b>Servicios de hospital para pacientes hospitalizados y servicios de hospitales psiquiátricos para pacientes hospitalizados</b></p>	<p>Usted es responsable de \$375 por día, durante los días 1-5</p> <p>No hay ningún cargo por el resto de su estadía cubierta en el hospital y no hay límite en el número de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.</p>	<p><b>Según el período de beneficios de Medicare Original, usted paga:</b></p> <p><b>\$1,676* por cada período de beneficios.</b></p> <p><b>Días 1-60: \$0 de copago</b></p> <p><b>Días 61-90: \$419* de copago</b></p> <p><b>Días 91 y posteriores: \$838* de copago</b></p>

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
		<p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga una cantidad de copago de \$0.</b></p>
<p><b>Programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP)</b></p>	<p>Usted es responsable de \$30 de copago por visita</p>	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro en IOP.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare*</b></p> <p>*Ciertos medicamentos de la Parte B pueden tener un coseguro reducido según la Ley de Reducción de la Inflación (IRA).</p> <p>Algunos medicamentos de la Parte B también pueden estar sujetos a los requisitos de la terapia escalonada.</p>	<p>Usted es responsable de \$10 de copago por los medicamentos de la Parte B comprados en una farmacia.</p> <p>Usted es responsable de 20% de coseguro para los medicamentos de la Parte B administrados por un proveedor.</p>	<p><b>Usted será responsable de hasta un 20% de copago por los medicamentos de la Parte B.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (año próximo)</b>
Política de terapia escalonada de la Parte B de Medicare	<p>Ciertos medicamentos o categorías de medicamentos que pueden estar sujetos a terapia escalonada.</p> <p>Visite el enlace para ver la versión más actualizada de nuestra lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada:  <a href="https://onbaseext.phs.org/PEL/DisplayDocument?ContentID=PEL_00956495">https://onbaseext.phs.org/PEL/DisplayDocument?ContentID=PEL_00956495</a></p> <p>* Esta lista está sujeta a cambios.</p>	<p><b>Ciertos medicamentos o categorías de medicamentos que pueden estar sujetos a terapia escalonada.</b></p> <p><b>Visite el enlace para ver la versión más actualizada de nuestra lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada:</b>  <a href="https://onbaseext.phs.org/PEL/DisplayDocument?ContentID=PEL_00956495">https://onbaseext.phs.org/PEL/DisplayDocument?ContentID=PEL_00956495</a></p> <p><b>* Esta lista está sujeta a cambios.</b></p>
<b>Servicios del programa de tratamiento por opioides</b>	<p>Usted es responsable de \$0 de copago por visita</p>	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro por los servicios de tratamiento de opioides.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<b>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos de pacientes ambulatorios</b>	<p>Usted será responsable de 20% de coseguro</p>	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro en los servicios diagnósticos y terapéuticos para pacientes ambulatorios.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<b>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital</b>	<p>Usted es responsable de \$250 de copago por visita.</p>	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro para pacientes ambulatorios.</b></p>

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
		<p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid su copago es \$0.</b></p>
<p><b>Servicios ambulatorios de hospital</b></p>	<p>Usted paga \$300 de copago por los servicios de cirugía ambulatoria cuando se prestan en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Usted paga \$30 de copago por hospitalización parcial para tratamiento psiquiátrico.</p> <p>Usted paga \$30 de copago por radiografías y radiología.</p>	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro por los servicios de cirugía ambulatoria.</b></p> <p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro por hospitalización parcial para tratamiento psiquiátrico.</b></p> <p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro por los servicios de radiología.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<p><b>Servicios ambulatorios de rehabilitación</b></p>	<p>Usted es responsable de \$20 de copago.</p>	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro por los servicios de rehabilitación ambulatoria.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<p><b>Servicios por trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Usted es responsable de \$0 de copago.</p>	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
<b>Asignación de venta libre</b>	\$45 por trimestre	<b>\$165 por trimestre</b>
<b>Cobertura de Nivel 1 y Nivel 2 de la Parte D</b>	Suministro para 90 días	<b>Suministro para 100 días</b>
<b>Servicios de médico/ proveedor de atención, incluyendo las visitas en el consultorio del médico</b>	<p>Usted es responsable de \$30 de copago para médicos especialistas.</p> <p>Usted es responsable de \$0 de copago para los proveedores de atención primaria y otros profesionales de atención médica.</p>	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<b>Servicios de podología</b>	Usted es responsable de \$0 de copago.	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<b>Prótesis y aparatos ortopédicos, y suministros relacionados</b>	<p>0% de coseguro en suministros médicos protésicos como suministros de ostomía, vendajes quirúrgicos, férulas y yesos que el miembro no puede reusar</p> <p>Para todos los otros suministros médicos protésicos se aplicará el 20% de coseguro</p>	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (año próximo)</b>
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>	Usted es responsable de \$0 de copago.	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<b>Atención de la vista de rutina y anteojos</b>	<p>Sin cargo para 1 examen de la vista de rutina al año.</p> <p>Asignación anual de \$265 para anteojos recetados (monturas, lentes y lentes de contacto) y adaptaciones de lentes de contacto.</p>	<p><b>Sin cargo para 1 examen de la vista de rutina al año.</b></p> <p><b>Asignación anual de \$275 para anteojos recetados (monturas, lentes y lentes de contacto) y adaptaciones de lentes de contacto.</b></p>
<b>Servicios de transporte de rutina</b>	Usted es responsable de \$0 de copago por viaje, limitado a 36 viajes de ida al año.	<b>Usted es responsable de \$0 de copago por viaje, limitado a 50 viajes de ida al año.</b>
<b>Servicios para tratar la enfermedad renal</b>	<p>Usted paga un 20% de coseguro por los servicios de diálisis.</p> <p>\$375 de copago al día para los días 1-5 de ingreso. \$0 de copago al día por el resto de su estancia cubierta en el hospital y no hay límite en la cantidad de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.</p> <p>\$0 de copago por educación sobre enfermedades de los riñones, capacitación para hacerse diálisis uno mismo, equipo y suministros para diálisis en casa y ciertos servicios de apoyo en casa.</p>	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro por los servicios de diálisis</b></p> <p><b>\$1,676* por cada período de beneficios.</b></p> <p><b>Días 1-60: \$0 de copago</b></p> <p><b>Días 61-90: \$419* de copago</b></p> <p><b>Días 91 y posteriores: \$838* de copago</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>

	<p style="text-align: center;"><b>2025 (este año)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>2026 (año próximo)</b></p>
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b></p>	<p>Por admisión, usted paga: Sin cargo para los días 1-20</p> <p>\$195 de copago por día, para los días 21-100</p> <p>Es responsable del 100% de los costos del día 101 en adelante por ingreso.</p>	<p><b>Por admisión, usted paga: Sin cargo para los días 1-20</b></p> <p><b>\$209.50 de copago por día, para los días 21-100</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<p><b>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos – Subsidio de beneficio de comestibles</b></p> <p>Es posible que sea elegible para recibir dinero para un beneficio complementario especial para comestibles si le han diagnosticado estas condiciones crónicas: diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), hipertensión o hiperlipidemia. Debe haber completado una visita anual de</p>	<p>No está cubierto</p>	<p><b>Los miembros que tengan una o más condiciones que califiquen y que hayan completado la visita anual de bienestar en los últimos 12 meses recibirán \$170 por trimestre, hasta \$680 al año, para comprar comestibles. El dinero para comestibles se agrega a la misma tarjeta que tiene para su beneficio de productos de venta libre (OTC).</b></p>

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
<p>bienestar (AWV) en los últimos 12 meses. La elegibilidad la determina su plan, y es posible que no sea elegible, aunque tenga una de estas condiciones. Para obtener ayuda para programar su visita anual de bienestar, llame a nuestro equipo especializado al (505) 923-2009 o al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.</p>		
<p><b>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</b></p>	<p>Usted es responsable de \$0 de copago.</p>	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>
<p><b>Servicios necesarios de urgencia</b></p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago por visita</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$55 de copago por visita</p>	<p><b>Usted será responsable de 20% de coseguro hasta \$40.</b></p> <p><b>Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada.</b></p>

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
<b>Cobertura de emergencia, de urgencia y transporte en todo el mundo</b>	Usted paga \$125 de copago por visita de emergencia, visita de atención de urgencia y transporte.	<b>No está cubierto</b>

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

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama formulario o lista de medicamentos. Se da una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico. Si no ve su medicamento en esta lista, de todos modos, podría estar cubierto. **Puede obtener la lista completa de medicamentos** llamando al Servicio al Cliente al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web ([www.phs.org/medicare/prescription-drugs](http://www.phs.org/medicare/prescription-drugs)).

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de medicamentos, por ejemplo, quitar o agregar medicamentos, modificar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente.

**Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción, o si su medicamento ha pasado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se hacen al principio de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes. Si hacemos un cambio que afecte su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si lo afecta un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, revise 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 o buscar un nuevo medicamento. Llame a Servicio al Cliente al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

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

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un material separado, llamado Cláusula adicional de *evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta*, que informa de los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibe este material antes del 1 de octubre de 2025, llame a Servicio al Cliente al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pregunte por la *cláusula adicional LIS*.

### Etapas de pago de medicamentos

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La etapa de período sin cobertura y el Programa de descuento por período sin cobertura ya no son parte del beneficio de la Parte D.

- **Etapa 1: Deducible anual**

Comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el deducible anual.

- **Etapa 2: Cobertura inicial**

Una vez que pague el deducible anual, pasará a la etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo del año hasta la fecha alcancen el umbral de gastos de bolsillo de \$2,100.

- **Etapa 3: Cobertura catastrófica**

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

Se reemplazó el Programa de descuento durante el período sin cobertura por el Programa de descuento del fabricante. Con el Programa de descuento del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
<b>Deducible anual</b>	<p>\$590</p> <p>Durante esta etapa, usted paga:</p> <p>\$0 de costo compartido por los medicamentos en el Nivel 1 - Genérico preferido y el costo total de los medicamentos en los Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual</p>	<p>\$550</p> <p><b>Durante esta etapa, usted paga:</b></p> <p><b>\$0 de costo compartido por los medicamentos en el Nivel 1 - Genérico preferido y el costo total de los medicamentos en los Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual</b></p>

**Costos de medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial**

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes surtido en una farmacia dentro de la red con costos compartidos estándar.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o información sobre los costos de un suministro a largo plazo; en una farmacia dentro de la red que ofrezca costos compartidos preferidos; o para recetas de pedidos por correo, vaya al Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

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

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
<b>Nivel 1- Medicamentos genéricos preferidos</b>	\$0 por suministro de un mes	\$0 por suministro de un mes

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
<b><i>Nivel 2- Medicamentos genéricos</i></b>	25% del costo total	<b>25% del costo total</b>
<b><i>Nivel 3- Medicamentos de marca preferidos</i></b>	25% del costo total Usted paga hasta \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	<b>25% del costo total</b> <b>Usted paga hasta \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b>
<b><i>Nivel 4- Medicamentos no preferidos</i></b>	26% del costo total Usted paga hasta \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	<b>25% del costo total</b> <b>Usted paga hasta \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b>
<b><i>Nivel 5- Medicamentos especializados</i></b>	25% del costo total Una vez que haya pagado \$2,000 de gastos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente fase (la etapa de cobertura catastrófica).	<b>25% del costo total</b> <b>Una vez que haya pagado \$2,100 de gastos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente fase (la etapa de cobertura catastrófica).</b>

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.

### **Cambios en la etapa de cobertura catastrófica**

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

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
<b>Plan de pago de recetas de Medicare</b>	El Plan de pagos de Medicare para medicamentos con receta es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos durante el año calendario (enero-diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago.	<p><b>Si participa en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare y se mantiene en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.</b></p> <p><b>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>.</b></p>

## SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

**Para permanecer en *Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)*, no necesita hacer nada.** A menos que se inscriba en un plan diferente o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan *Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)*.

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

- **Para cambiar a un plan médico de Medicare diferente,** inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en *Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)* se cancelará automáticamente.
- **Para cambiar a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en *Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)* se cancelará automáticamente.

- **Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicio al Cliente al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y 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 penalización por inscripción tardía de la Parte D (vaya a la Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov), consulte el manual *Medicare y usted 2026*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (vaya a la Sección 6) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, Presbyterian Health Plan, Inc. ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales del plan y cantidades de costos compartidos.

### Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta el plan que seleccionó, podrá cambiarlo por otro plan médico de Medicare (que tenga o no cobertura de medicamentos de Medicare por separado) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

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

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

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

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

- Medicare original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare;

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

Si se mudó recientemente a una institución o en este momento está viviendo en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (que tenga o no cobertura de medicamentos de Medicare por separado) o cambiarse en cualquier momento a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare). Si recientemente se transfirió de una institución, podrá cambiar de plan o cambiar a Medicare original por dos meses completos después del mes en que se haya mudado.

#### **SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta**

---

Usted podría calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán una penalización por inscripción tardía. Para verificar si califica, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana.
  - Seguro Social al 1-800-772-1213 lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m., para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - Su oficina estatal de Medicaid.
- **Asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/sida tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, debe cumplir ciertos criterios, incluyendo una prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado no tener seguro o tener seguro insuficiente. Los

medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la ayuda de costos compartidos de medicamentos recetados mediante el *Programa de Asistencia de Medicamentos contra el Sida del Departamento de Salud de Nuevo México* (New Mexico Department of Health). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al (505) 479-1573. Cuando llame, asegúrese de decirles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a manejar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, sin importar su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

## SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

---

### Obtenga ayuda de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

- **Llame al Servicio al Cliente (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Del **1 de octubre al 31 de marzo** estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto días festivos) y del **1 de abril al 30 de septiembre** lunes a viernes (excepto días festivos). Las llamadas a estos números son gratis.

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

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, vaya a la *Evidencia de cobertura 2026* para *Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal

y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.phs.org/Medicare](http://www.phs.org/Medicare) o llame al Servicio al Cliente al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* que se envió por separado por correo para saber si lo afectan otros beneficios o cambios de costos.

- **Visite [www.phs.org/Medicare](http://www.phs.org/Medicare)**

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

## **Obtenga orientación gratis sobre Medicare**

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados, en todos los estados. En *Nuevo México*, el SHIP se llama *Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México* (New Mexico Aging and Long-Term Services).

Llame a los *Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México* para obtener orientación personalizada gratis sobre seguros médicos. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a los *Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México* al 1-800-432-2080 o, para TTY, al (505) 476-4937. Obtenga más información sobre los *Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México* visitando (<https://aging.nm.gov/>.)

## **Obtenga 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 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

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

- **Escriba a Medicare**

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

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

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad con estrellas para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área.

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

El manual *Medicare y usted 2026* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Tiene un resumen de las protecciones, los derechos y los beneficios relacionados con Medicare y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## **Obtenga ayuda de Medicaid**

Llame a Turquoise Care (Medicaid) al 1-888-997-2583. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para obtener ayuda con la inscripción en Medicaid o preguntas sobre beneficios.

## **Aviso de no discriminación y accesibilidad**

*La ley prohíbe la discriminación*

Presbyterian Healthcare Services cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo incluidas las características sexuales, incluidos los rasgos intersexuales; embarazo o condiciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género y estereotipos de género). Presbyterian Healthcare Services no excluye a las personas ni las trata menos favorablemente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Presbyterian Healthcare Services:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayuda y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Ofrece servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, lo que puede incluir:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Presbyterian Customer Service Center al **(505) 923-5420, 1-855-592-7737, TTY 711**.

Si cree que Presbyterian Healthcare Services no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico a:

**Dirección postal:** Presbyterian Privacy Officer and Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 27489  
Albuquerque, NM 87125-7489

**Teléfono/TTY:** **1-866-977-3021, TTY 711**

**Fax:** **(505) 923-5124**

**Correo electrónico:** **info@phs.org**

Si necesita ayuda para presentar una queja, el Presbyterian Privacy Officer y Civil Rights Coordinator [Coordinador de Derechos Civiles y Funcionario de Privacidad de Presbyterian] está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o teléfono a:

**Dirección postal:** Departamento de Salud y Servicios Humanos (Estados Unidos) (DHHS)  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

**Teléfono/TDD:** **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**

Los formularios de queja están disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

Este aviso está disponible en el sitio web de Presbyterian Healthcare Services:  
**[www.phs.org/nondiscrimination](http://www.phs.org/nondiscrimination)**.

# Notice of Availability

English	ATTENTION: If you speak English, 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 1-855-592-7737 (TTY: 711) or speak to your provider.
Spanish Español	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 1-855-592-7737 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
Navajo Diné	SHOOH: Diné bee yánífti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahít hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'j' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjí' 1-855-592-7737 (TTY: 711) hodílnih doodago nika'análwo'í bich'j' hanidziih.
Vietnamese Việt	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 1-855-592-7737 (Người khuyết tật: TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.
German Deutsch	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-592-7737 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
Chinese Simplified 简体中文	注意：如果您使用简体中文，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，以提供无障碍格式版信息。请拨打 1-855-592-7737 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供者。
Chinese Traditional 繁體中文	注意：如果您使用繁體中文，我們將免費為您提供語言協助服務。我們還免費提供適當的輔助工具和服务，以提供無障礙格式版資訊。請致電 1-855-592-7737 (TTY:711) 或諮詢您的服務提供者。
Japanese 日本語	注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-855-592-7737 (TTY:711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。
Filipino	ATTENTION: Kung marunong kang magsalita ng Filipino, makakagamit ka ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang mga angkop na karagdagang tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din nang libre. Tumawag sa 1-855-592-7737 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
Korean 한국어	주의: 한국어를 사용하는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-592-7737(TTY: 711)로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하세요.

French Français	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 1-855-592-7737 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-592-7737 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
Russian РУССКИЙ	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 1-855-592-7737 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Urdu اردو	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، مفت لسانی اعانت کی خدمات آپ کے لیے دستیاب ہیں۔ مناسب ضمنی امداد اور خدمات بھی قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ (TTY: 711) 1-855-592-7737 پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Nepali नेपाली	ध्यान दिनुहोस्: तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायक सहायताहरू र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-855-592-7737 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।
Bengali বাংলা	মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা আপনার জন্য উপলব্ধ। অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সहाয়তা এবং পরিষেবাগুলিও বিনামূল্যে পাওয়া যায়। 1-855-592-7737 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।
Hindi हिंदी	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक सहायताएँ और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-592-7737 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Arabic اللغة العربية	تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فمتاح لك خدمات لغوية بالمجان. و متاح بالمجان أيضًا مساعدات وخدمات إضافية مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات يسهل الحصول عليها. اتصل بالرقم (1-855-592-7737) (TTY: 711) خدمة الهاتف النصي) أو تحدث إلى مزود الخدمة المعني بك.
Turkish Türkçe	DİKKATİNİZE: Türkçe biliyorsanız, ücretsiz dil destek hizmetlerinden faydalanabilirsiniz. Ayrıca ücretsiz olarak, uygun yardımcı araçlarla ve hizmetlerle erişilebilir formatlarda bilgi de sağlanmaktadır. 1-855-592-7737 (TTY (İşitme ve Konuşma Engelli Destek Hattı): 711) numaralı telefondan bize ulaşabilir veya hizmet sağlayıcınız ile görüşebilirsiniz.