

Renown Preferred Plan by Senior Care Plus (HMO) ofrecido por Senior Care Plus

Notificación anual de cambios para 2026

Se encuentra inscrito como miembro del *plan Renown Preferred Plan by Senior Care Plus*.

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 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, se mantendrá en el *plan Renown Preferred by Senior Care Plus*.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista que aparece al dorso de su manual *Medicare y Usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto solamente es un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en www.seniorcareplus.com o llame al Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener una copia por correo postal.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2026**. Esto finalizará su inscripción en el *plan Renown Preferred by Senior Care Plus*.

Más recursos

- Esta información está disponible en español de manera gratuita.
- **ATENCIÓN:** Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idiomas, sin cargo. Llame al 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711).
- Llame al Servicio al Cliente al 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711) para obtener más información. El horario es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los sábados y domingos (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
- Esta información está disponible gratuitamente en español.

- Atención: Si usted habla español, los servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711).
- Para obtener más información, llame a Atención al Cliente al 775-982-3112 o al número gratuito 888-775-7003. (Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711). El horario es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los sábados y domingos (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita
- Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de traducción para los que no hablan inglés.
- Esta información se encuentra disponible en distintos formatos, incluidos español y otros idiomas, así como en letras grandes y en sistema braille. Llame al Servicio al Cliente al número que aparece arriba si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

Acerca del plan *Renown Preferred by Senior Care Plus*

- El plan *Renown Preferred Plan by Senior Care Plus* es un plan Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en *Renown Preferred by Senior Care Plus* depende de la renovación del contrato.
- El plan *Renown Preferred by Senior Care Plus* es un plan HMO con contrato con Medicare. La inscripción al plan *Renown Preferred by Senior Care Plus* depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Senior Care Plus. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere al plan *Renown Preferred by Senior Care Plus*.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Senior Care Plus. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere al plan *Renown Preferred by Senior Care Plus*.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en nuestro *plan Renown Preferred by Senior Care Plus* (HMO).** Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2026, usted obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través del *plan Renown Preferred by Senior Care Plus (HMO)*. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año	8
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	8
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	9
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	9
Sección 1.5 Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos.....	10
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	11
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta.....	13
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	16
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	16
SECCIÓN 3.1 Fecha límite para cambiar de plan	17
Sección 3.2 ¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?.....	17
SECCIÓN 4 Cómo obtener ayuda para pagar medicamentos con receta	18
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	20
Obtenga ayuda del <i>plan Renown Preferred by Senior Care Plus</i>	20
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	20
Cómo recibir ayuda de Medicare.....	21

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	\$0	\$0
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	\$2,700	\$2,700
<p>Visitas al consultorio de atención primaria</p>	<p>Copago de \$0 por visita a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) preferido por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por visita a todos los PCP no preferidos por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por visita a un centro de atención sin citas.</p>	<p>Copago de \$0 por visita a un PCP preferido por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por visita a todos los PCP no preferidos por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por visita a un centro de atención sin citas.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Visitas a consultorios de especialistas	Copago de \$25 por cada visita con un especialista por servicios cubiertos por Medicare.	Copago de \$25 por cada visita con un especialista por servicios cubiertos por Medicare.
<p>Estadías en hospital para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Los centros preferidos son centros que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los miembros por un copago más bajo que otros centros que forman parte de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en https://www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar al Servicio al Cliente al 775-982-3112.</p>	<p>Centro preferido: Copago de \$250 (días 1 a 4)</p> <p>Centro no preferido: Copago de \$440 (días 1 a 5)</p>	<p>Centro preferido: Copago de \$220 (días 1 a 4)</p> <p>Centro no preferido: Copago de \$440 (días 1 a 5)</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Los centros no preferidos son centros dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto.</p>		
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles, incluidas las etapas de deducible anual, cobertura inicial y cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial (suministro de 30 días):</p> <p>Medicamento de Nivel 1: Genérico preferido: \$5 por receta.</p> <p>Medicamento de Nivel 2: \$12.</p> <p>Medicamento de Nivel 3: \$47</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamento de Nivel 4: 50 %</p> <p>Medicamento de Nivel 5: 33 %</p> <p>Medicamento de Nivel 6: \$0</p> <p>Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos cubiertos. Por cada receta, usted paga el monto que sea</p>	<p>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial (suministro de 30 días):</p> <p>Medicamento de Nivel 1: Genérico preferido: \$5 por receta.</p> <p>Medicamento de Nivel 2: Genérico: \$12 por receta.</p> <p>Medicamento de Nivel 3: De marca preferido: \$47 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamento de Nivel 4: Coseguro del 50 % por receta.</p> <p>Medicamento de Nivel 5: Especializados: 33 % por receta.</p> <p>Medicamento de Nivel 6: \$0 por receta. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	mayor: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como un genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos).	Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Reducción de la prima de la Parte B Este monto se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.	\$0	\$0

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

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

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$2,700	\$2,700
		Una vez que haya pagado

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.		\$2,700 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.

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* www.seniorcareplus.com para ver si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red. Aquí le explicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.seniorcareplus.com.
- Llame al Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo postal.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame al Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (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 la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

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

Nuestra red de farmacias cambió para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias de 2026* www.seniorcareplus.com para ver qué farmacias hay en nuestra red. Aquí le explicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.seniorcareplus.com.
- Llame al Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo postal.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame al Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Control mejorado de enfermedades	Usted no paga nada por este beneficio.	Este servicio no está cubierto.
Días de reserva de por vida para cuidados agudos para pacientes internados	Centro preferido Copago de \$250 por día para los días 1 a 4. Copago de \$0 para los días 5 a 90. No hay límite de gastos de bolsillo. No hay deducible.	Centro preferido Copago de \$220 por día para los días 1 a 4. Copago de \$0 para los días 5 a 90. No hay límite de gastos de bolsillo. No hay deducible.
Estadía para pacientes internados con atención aguda cubierta por Medicare	Centro preferido Copago de \$250 por día para los días 1 a 4. Copago de \$0 para los días 5 a 90. No hay límite de gastos de bolsillo. No hay deducible.	Centro preferido Copago de \$220 por día para los días 1 a 4. Copago de \$0 para los días 5 a 90. No hay límite de gastos de bolsillo. No hay deducible.
Días de reserva de por vida para servicios psiquiátricos para pacientes internados	Centro preferido Copago de \$250 por día para los días 1 a 4. Copago de \$0 para los días 5 a 90. No hay límite de gastos de bolsillo. No hay deducible.	Centro preferido Copago de \$220 por día para los días 1 a 4. Copago de \$0 para los días 5 a 90. No hay límite de gastos de bolsillo. No hay deducible.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios psiquiátricos para pacientes internados cubiertos por Medicare	<p>Centro preferido</p> <p>Copago de \$250 por día para los días 1 a 4. Copago de \$0 para los días 5 a 90. No hay límite de gastos de bolsillo. No hay deducible.</p>	<p>Centro preferido</p> <p>Copago de \$220 por día para los días 1 a 4. Copago de \$0 para los días 5 a 90. No hay límite de gastos de bolsillo. No hay deducible.</p>
Servicios del programa ambulatorio intensivo	Este servicio no está cubierto.	Usted paga un copago de \$75 por servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios.
Exámenes de la vista cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$35 por estos exámenes de la vista cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$25 por estos exámenes de la vista cubiertos por Medicare.
Reconciliación de medicamentos en el hogar después del alta	Usted no paga nada por este beneficio.	Este servicio no está cubierto.

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 denomina Formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona por vía electrónica una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos contiene muchos (pero no la totalidad) de los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve su medicamento en esta lista, es posible que igualmente tenga cobertura. **Puede obtener la Lista de medicamentos completa** llamando al Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web en www.seniorcareplus.com.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Verifique la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si existirán algunas restricciones, o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

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

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con la persona autorizada a dar recetas para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. Llame al Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

A partir de 2026, podemos eliminar de inmediato los medicamentos de marca o los productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos por genéricos nuevos o determinadas versiones biosimilares del medicamento de marca o del producto biológico original en el mismo nivel de participación en los costos, o en uno más bajo, y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o productos biológicos originales en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

Por ejemplo: Si está tomando un medicamento de marca o un producto biológico que será sustituido por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo realicemos, ni un suministro mensual de su medicamento de marca o producto biológico. Podría obtener información sobre el cambio específico después de que el cambio ya se haya realizado.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de la *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) también brinda información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA:

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>.

También puede llamar al Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o solicitar más información a su proveedor de atención médica, persona autorizada a dar recetas o farmacéutico 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 participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a usted.** Le enviamos un folleto por separado, denominado *Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben la Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta*, que le informa acerca de los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibe este material antes del 30 de septiembre de 2025, llame al Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

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

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

- ***Etapa 2: Etapa de cobertura inicial***

Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que el total de los costos de medicamentos que paga de su bolsillo hasta la fecha alcancen un total de \$2,100.

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

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

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura también se sustituyó por el Programa de Descuentos del Fabricante. Conforme al Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que

pagan los fabricantes dentro del Programa de Descuentos del Fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	Debido a que no hay un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no hay un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 1 de medicamentos genéricos preferidos:	\$5 por receta.	\$5 por receta.
Nivel 2 de medicamentos genéricos:	\$12 por receta.	\$12 por receta.
Nivel 3 de medicamentos de marca preferidos:	\$47 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	\$47 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 4 de medicamentos no preferidos:	50 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	50 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel 5 de medicamentos especializados:	33 % del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	33 % del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel 6 de medicamentos de atención médica seleccionados:	\$0 por receta.	\$0 por receta.

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Para obtener información específica sobre sus costos durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de pago de recetas de Medicare	El plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar sus costos que paga de su bolsillo por medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago.	<p>Si está participando en el plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 775-982-3112 o al 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en el plan Renown Preferred by Senior Care Plus, no es necesario que haga nada. A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro *plan Renown Preferred Plan by Senior Care Plus*.

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

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan *Renown Preferred by Senior Care Plus*.
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura para medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan *Renown Preferred by Senior Care Plus*.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción en www.seniorcareplus.com. Llame al Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (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 cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y Usted 2026*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (vaya a la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). *Senior Care Plus* ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales del plan y los montos de costos compartidos.

SECCIÓN 3.1 Fecha límite para cambiar de plan

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

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta su opción de plan, también puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura aparte para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

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

- Tienen Medicaid.
- Reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos.
- Tienen o dejarán de recibir la cobertura del empleador.
- Se mudan fuera del área de servicio del plan.

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

SECCIÓN 4 Cómo obtener ayuda para pagar medicamentos con receta

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

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas que poseen ingresos limitados pueden cumplir con los requisitos para recibir la Ayuda Adicional para pagar sus costos de medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - Al Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP).** Nevada tiene un programa denominado Programa Nevada Senior Rx and Nevada Disability Rx que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según sus necesidades financieras, edad o afecciones de salud. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.

- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, lo que incluye un comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y condición de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para la ayuda del costo compartido de los medicamentos con receta mediante el Programa Ryan White de la Parte B (Ryan White Part B, RWPB) para el VIH/sida del Departamento de Salud y Servicios Humanos del estado de Nevada. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente se encuentra inscrito, cómo seguir recibiendo ayuda, llame a Access to Healthcare Network (AHN) al 1-775-284-8989 o al número gratuito 1-877-385-2345. Al llamar, asegúrese de informarles el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.
- **Plan de pago de recetas de Medicare.** El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo de los medicamentos extendiéndolos durante todo el año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica (state's pharmaceutical assistance program, SPAP) y el ADAP, para quienes reúnen los requisitos, son más ventajosas que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción de pago del Plan de pago de recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda del *plan Renown Preferred by Senior Care Plus*

- **Llame al Servicio al Cliente al 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003. (Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711).**

Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los sábados y domingos (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura de 2026***

Esta *Notificación anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2026* del *plan Renown Preferred Plan by Senior Care Plus*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.seniorcareplus.com o llame al Servicio al Cliente al 775-982-3112 o al número gratuito 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo postal. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* enviada por correo postal por separado para ver si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.

- **Visite www.seniorcareplus.com.**

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

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En *Nevada*, el SHIP se denomina Nevada SHIP (a través de la División de Servicios para la Vejez y Access to Healthcare Network).

Llame al SHIP de Nevada (a través de la División de Servicios para la Vejez y Access to Healthcare Network de Nevada) para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguros médicos. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a Nevada SHIP al 877-385-2345 o al

800-307-4444. Puede obtener más información sobre Nevada SHIP visitando su sitio web (http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/).

Cómo recibir ayuda de Medicare

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

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

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

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare.**

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

- **Visite www.Medicare.gov.**

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

- **Lea el manual *Medicare y Usted 2026*.**

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

NOTICE OF AVAILABILITY OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES AND AUXILIARY AIDS AND SERVICES

English – ATTENTION: If you speak a language other than 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 1-888-775-7003 (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 1-888-775-7003 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Traditional Chinese / 台語 – 注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-888-775-7003 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。

Simplified Chinese / 中文 – 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-888-775-7003 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。

Tagalog / Tagalog – PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng 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 1-888-775-7003 o makipag-usap sa iyong provider.

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 1-888-775-7003 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

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 1-888-775-7003 (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 1-888-775-7003 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Korean / 한국어 – 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-888-775-7003 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

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 1-888-775-7003 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Arabic / العربية –

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-888-775-7003 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Hindi / हिंदी – ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-888-775-7003 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italian / Italiano – ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-888-775-7003 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.

Brazilian Portuguese / Português do Brasil – ATENÇÃO: Se você fala [inserir idioma], serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-888-775-7003 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Polish / POLSKI – UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-888-775-7003 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

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。1-888-775-7003 (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。

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.