

## AbilityCare (HMO D-SNP) ofrecido por South Country Health Alliance

### Aviso anual de cambios para el 2026

#### Introducción

Actualmente, está inscrito como miembro de nuestro plan. El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios y costos. En este *Aviso anual de cambios* se incluye información sobre los cambios y dónde encontrar más detalles al respecto. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte el *Manual para miembros* en nuestro sitio web [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org). Para obtener un ejemplar por correo, póngase en contacto con Servicios para Miembros en los números que figuran al final de la página. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

#### Recursos adicionales

- Puede obtener gratuitamente este *Aviso anual de cambios* en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al número que aparece al final de la página. La llamada es gratuita.
- Para realizar o modificar una solicitud permanente para obtener este documento, ahora y en el futuro, en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

---

**Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., 7 días a la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).





# NO ENGLISH



**1-866-567-7242**

TRS: 711

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you free of charge and without unnecessary delay. Additionally, appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are available free of charge and in a timely manner. Please call the number above or speak to your provider. English

ማስሰረድ፡ አማርኛ ተናጋሪ ስም፣ ይጋፍ አገልግሎቶች ከላምንም ከፍቅር እና ከለላለፈሉ መዝግቦች ማጥናት ይቻላል፡፡ በተጨማሪም  
መረጃን በቀላሉ ለማጥናት በሚያስቀል ቅርጫት ለማቅረብ ተገበረ የህን የመስማት ይጋፍ እና አገልግሎቶች ከከፍቅር ነው በሁን እና ማዘዣን በበብቁ  
መልካ፡ ማጥናት ይቻላል፡፡ እባካወ ካላይ በላው ቅጽር ይቻወል ወይም አቅራቢዎን ይነጋግሩ፡፡ Amharic

**تتبّعه:** نقدم لمتحدثي اللغة العربية خدمات مساعدة لغوية مجانية وفورية، بالإضافة إلى وسائل وخدمات مساعدة مناسبة، وبصيغة معلومات سهلة بدون تكلفة وبشكل سريع. يرجى التواصل على الرقم الموضح أعلاه أو مراجعة مقدم الخدمة البasherة. Arabic

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုသူဖြစ်လျှင် အခမဲ့ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ ပုံပိုးထောက်ပံ့ပေးမှု ဝန်ဆောင်မှုများအား မလိုအပ်သည့် နှောင့်နေးကြန်ကြောမှုများ မရှိစေဘဲ သင် အခမဲ့ ရရှိနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ ထိုပြင် အချက်အလက်များအား အလွယ်တကူ ဝင်ရောက်ရယူနိုင်စေသော ဖောမတ်ပုံစံများဖြင့် ထောက်ပံ့ပေးထားသည့် သက်ဆိုင်ရ ဖြည့်စွက် ထောက်ပံ့မှုများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း အခမဲ့၊ အချိန်မ ရရှိနိုင်စေရန် စီမံပေးထားပါသည်။ ကျေးဇူးပြုပြီး အထက်ဖော်ပြပါ ဖုန်းနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ထောက်ပံ့သူဖြင့် ပြောဆိုနေ့နေးပါ။ မြန်မာဘာသာစကား Burmese

យកចិត្តទុកដាក់ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (ខ្មែរ) សេវាកម្មដៃនូយភាសាសាតគិតគិតថ្លែមនានជូលសង្គមអ្នកដោយមិនគិតថ្លែមនឹងដោយគ្មានការពាណិជ្ជកម្មបានមិនចាប់ឡើយ។ លើសពីនេះ ដៃនូយ នឹងសេវាកម្មដៃនូយសមបន្ទុងការផ្តល់ព័ត៌មានគ្នាប់ទម្រង់ដែលអាចចូលរួមបានគិតគិតថ្លែមដោយកម្រិតខ្ពស់ និងទាន់ពេលវេលា។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលើខាងក្រោមដើម្បីរួមចូលរួមបានគិតគិតថ្លែមនឹងយកចិត្តទុកដាក់។

注意：如果您說簡體中文，您可以免費獲得語言協助服務，且不會有不必要的延誤。此外，還能免費及時獲取以無障礙格式提供資訊的適當輔助工具和服務。請撥打上面的電話號碼，或與您的服務提供商溝通。Cantonese (Traditional Chinese)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition, sans frais et sans délai. En outre, des aides et services auxiliaires appropriés pouvant fournir des informations dans des formats accessibles sont disponibles gratuitement et rapidement. Veuillez appeler le numéro ci-dessus ou contacter votre fournisseur. French

CEEB TOOM: Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus dawb rau koj siv. Koj tsis tas them nqi thiab yuav tsis qeeb. Kuj muaj cuab yeej thiab kev pab los pab koj nyeem cov ntaub ntawv kom yooj yim nkag siab. Koj hu tau rau tus xov tooj saum toj no lossis nrog koj tus kws kho mob tham.  
Hmong

## NO ENGLISH



**1-866-567-7242**

TRS: 711

ဟဲသူ၏ဟဲသုံး- နမ့်ကတိကညီကိုရှာယို, နမေန္ဒြာ ကိုပ်တ်ခါးပို့မေစား၊ လာတလားဘူးလားစဲ၊ ဒီးတအိုးဒီးတ်မေယံးမာန္ဒြာသုံးဘာ့န္ဒြာလီး၊ အေန္ဒြာအန္ဒြာ၊ တ်အိုးဒီးဂီးဒီးတ်မေစားတ်န္ဒြာဟူးဒီး တ်မေစားတ်မေတယ် လာကဟူးတ်ဂုံးတ်ကျိုး၊ လာပူအောက်န်ပ်ဒီးသုံး လာတအိုးဒီးအဘူးအလဲ ဒီးချူးဆော်ချူးကတ်န္ဒြာလီး၊ ဝံသုံးစဲ ကိုနှိုးရှိလာထုံး မှတမ့်၊ တဲ့သကိုးတ်ဒီး ပုံလာအဟူးန်တ်မေစား တကုံး၊ ကာိုကိုရှာ Karen

안내: 한국어를 사용하시는 분께는 언어 지원 서비스를 무료로, 지체 없이 제공해 드립니다. 또한, 정보 접근성을 위한 적절한 보조 기구 및 서비스가 무료로, 시의적절하게 제공됩니다. 위에 있는 번호로 전화하시거나 담당자에게 말씀해 주십시오. Korean

ໝັ້ງລາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການຈ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ແລະ ບໍ່ມີກຳນົມຈັກຊັ້ງທີ່ບໍ່ຈໍາເປັນ. ນອກຈາກນັ້ນ, ເຄືອງມີຈ່ວຍເຫຼືອແລະ ບໍລິການເສີມທີ່ເຫັນຈະສົມເຜືອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮັບແບບທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ລໍາຍ ແລະ ທັນວລາ. ກະວຸນາໂທຫາເບີໂທວະສັບຂໍ້າງເທິງ ຫຼື ສົນທະນາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

HUBADHAA: Yoo Afaan Oromoo dubbattu ta'e, tajaajila gargaarsa turjumaana afaanii biliisaan akkasumas turtii barbaachisaa hin taane hambisu danda'u isiniif dhihaatee jira. Dabalataanis, odeeaffannoo haala salphaan argamuu danda'an dhiyeessuuf gargaarsa fi tajaajiloota deeggarsaa qama midhamtootaaf mijatoo ta'an, kaffaltii tokko malee fi yeroo isaa eeggatee kennamu dhihaatee jira. Odeeaffanno dabalataaf lakkoofsa armaan oliitti fayyadamuun namoota gargaarsa kana isiniif kennan qunnamaa. Oromo

**ВНИМАНИЕ:** Если вы разговариваете на русском языке, воспользуйтесь услугами языковой поддержки бесплатно и без лишних проволочек. Также бесплатно и незамедлительно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по обеспечению информацией в доступных форматах. Позвоните по указанному выше номеру или обратитесь к своему поставщику услуг. Russian

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, waxaa si bilaash ah kuugu diyaar ah adeegyada caawinada luuqadeed oo aan lahayn daahitaan aan munaasib ahayn. Intaas waxaa dheer, waxaa la heli karaa adeegyada iyo kaabitaanka naafada ee haboon si macluumaadka loogu bixiyo qaabab la adeegsan karo oo bilaash ah laguna bixinayo waqqigeeda. Fadlan wac lambarka kore ama la hadal adeegbixiyahaaga. Somali

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición los servicios gratuitos de traducción sin costo alguno y sin demoras innecesarias. Además, se encuentran disponibles de forma gratuita y oportuna ayuda y servicios auxiliares adecuados con el fin de brindarle información en formatos accesibles. Llame al número indicado anteriormente o hable con su proveedor. Spanish

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể được hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí mà không phải chờ đợi lâu. Ngoài ra, các thiết bị hỗ trợ và dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng có sẵn miễn phí và kịp thời. Vui lòng gọi số điện thoại phía trên hoặc trao đổi với nhân viên y tế của bạn. Vietnamese

## Aviso de derechos civiles

**La discriminación es ilegal.** South Country Health Alliance (**South Country**) no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- credo
- religión
- orientación sexual
- estado de asistencia pública
- edad
- discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental)
- sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)
- estado civil
- creencias políticas
- condición médica
- estado de salud
- recibo de servicios de salud
- experiencia en reclamos
- historial médico
- información genética

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que South Country lo trató de manera discriminatoria. Puede presentar una queja y pedir ayuda para presentar una queja en persona o por correo, teléfono, fax o correo electrónico a:

Civil Rights Coordinator  
South Country Health Alliance

6380 West Frontage Road, Medford, MN 55049

Línea gratuita: 866-567-7242 TTY: 800-627-3529 o 711 Fax: 507-444-7774

Correo electrónico: [grievances-appeals@mnscha.org](mailto:grievances-appeals@mnscha.org)

**Ayudas y servicios auxiliares:** South Country brinda ayuda y servicios auxiliares, como intérpretes calificados o información en formatos accesibles, sin cargo y de manera oportuna para garantizar la igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de atención médica. **Comuníquese con** Servicios para miembros en [members@mnscha.org](mailto:members@mnscha.org) o llame al 866-567-7242, TTY 800-627-3529 o 711.

**Servicios de asistencia lingüística:** South Country proporciona documentos traducidos e interpretación de idiomas hablados, sin cargo y de manera oportuna, cuando los servicios de asistencia con el idioma sean necesarios para garantizar que las personas cuyo dominio de inglés es limitado, tengan un acceso significativo a nuestra información y servicios. **Comuníquese con** Servicios para Miembros en [members@mnscha.org](mailto:members@mnscha.org) o llame al 866-567-7242, TTY 800-627-3529 o 711.

## Quejas de derechos civiles

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que South Country lo trató de manera discriminatoria. También puede comunicarse directamente con cualquiera de las siguientes agencias para presentar una queja por discriminación.

**U.S Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (OCR)**

*(Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.)*

Usted tiene derecho a presentar una queja ante la OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- edad
- discapacidad
- sexo
- religión (en algunos casos)

Comuníquese directamente con la **OCR** para presentar una queja:

Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services  
 Midwest Region  
 233 N. Michigan Avenue, Suite 240 Chicago, IL 60601  
 Centro de respuesta al cliente: 800-368-1019, TTY: 800-537-7697  
 Correo electrónico: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

**Minnesota Department of Human Rights (MDHR)**

*(Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR, por sus siglas en inglés))*

En Minnesota, tiene derecho a presentar una queja ante el MDHR si ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- religión
- credo
- sexo
- orientación sexual
- estado civil
- estado de asistencia pública
- discapacidad

Comuníquese directamente con el **MDHR** para presentar una queja:

Minnesota Department of Human Rights  
 540 Fairview Avenue North, Suite 201, St. Paul, MN 55104  
 651-539-1100 (voz), 800-657-3704 (llamada gratuita), 711 o 800-627-3529 (MN Relay),  
 651-296-9042 (fax), [Info.MDHR@state.mn.us](mailto:Info.MDHR@state.mn.us) (correo electrónico)

**Minnesota Department of Human Services (DHS)**

*(Departamento de Derechos Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) de Minnesota)*

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el DHS si cree que ha sido discriminado en nuestros programas de atención médica debido a cualquiera de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- religión (en algunos casos)
- edad
- discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental)
- sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)

Las quejas deben hacerse por escrito y presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha en que descubrió la supuesta discriminación. La queja debe contener su nombre y dirección y describir la discriminación por la que se queja. La revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si lo hacemos, investigaremos la queja.

DHS le notificará por escrito el resultado de la investigación. Tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que DHS revise el resultado de la investigación. Sea breve y explique por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional que considere importante.

Si presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no podrán tomar represalias contra usted. Esto significa que no pueden castigarlo de ninguna manera por presentar una queja. Presentar una queja de esta manera no le impide buscar otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese directamente con el **DHS** para presentar una queja por discriminación:

Civil Rights Coordinator  
Minnesota Department of Human Services  
Equal Opportunity and Access Division  
P.O. Box 64997  
St. Paul, MN 55164-0997  
651-431-3040 (voz) o use su servicio de retransmisión preferido.

Los indígenas americanos pueden continuar o empezar a utilizar las clínicas de los servicios de salud indígenas y tribales (IHS, por sus siglas en inglés). No necesitaremos aprobación previa ni impondremos ninguna condición para que reciba servicios en estas clínicas. Para las personas mayores de 65 años, esto incluye los servicios de exención para personas mayores (EW, por sus siglas en inglés) a los que se accede a través de la tribu. Si un médico u otro proveedor de una clínica tribal o de IHS lo/la refiere a un proveedor de nuestra red, no le solicitaremos que consulte a su proveedor de atención primaria antes de que se le refiera.

## **Índice**

A. Descargos de responsabilidad .....	8
B. Revise su cobertura de Medicare y Medical Assistance para el próximo año .....	8
B1. Información sobre AbilityCare.....	8
B2. Cosas importantes que debe hacer: .....	8
C. Cambios en la red de proveedores y farmacias .....	9
D. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año.....	9
D1. Cambios en los beneficios por servicios médicos .....	9
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados .....	10
D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial” .....	12
E. Elegir un plan .....	13
E1. Mantener nuestro plan .....	13
E2. Cambiar de plan.....	13
F. Obtener ayuda .....	18
F1. Nuestro plan.....	18
F2. Minnesota Aging Pathways (antes Senior LinkAge Line) .....	18
F3. Obtención de ayuda del Defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada .....	18
F4. Medicare .....	19
F5. Medical Assistance .....	19
F6. El Plan de medicamentos recetados de Medicare .....	19
F7. Disability Hub MN.....	19

## A. Descargos de responsabilidad

- AbilityCare (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medical Assistance de Minnesota. La inscripción depende de la renovación del contrato.

## B. Revise su cobertura de Medicare y Medical Assistance para el próximo año

Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que seguirá cubriendo sus necesidades el año que viene. Si no cubre sus necesidades, puede darse de baja de nuestro plan. Consulte la **sección D** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si decide darse de baja en nuestro plan, su inscripción finalizará el último día del mes en el que realizó su solicitud. Seguirá perteneciendo a los programas Medicare y Medical Assistance mientras cumpla los requisitos.

Si se da de baja de nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la **sección E2: Cambiar de plan**.
- Las opciones y los servicios de Medical Assistance en la **sección E2: Cambiar de plan**.

### B1. Información sobre AbilityCare

- AbilityCare es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medical Assistance para ofrecerles a los miembros los beneficios de ambos programas.
- Cuando en este *Aviso anual de cambios* se usan las palabras “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a AbilityCare.

### B2. Cosas importantes que debe hacer:

- Compruebe si hubo cambios en nuestros beneficios que puedan afectarle.**
  - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
  - Revise los cambios en los beneficios para asegurarse de que le servirán el año que viene.
  - Consulte la **sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- Compruebe si hubo cambios en nuestra cobertura de medicamentos que puedan afectarle.**
  - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos? ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Habrá cambios relacionados con la autorización previa, la terapia escalonada o los límites de cantidad?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos le servirá el año que viene.
  - Consulte la **sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Es posible que el costo de sus medicamentos haya aumentado desde el año pasado.
    - Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle en gastos anuales de su bolsillo.



**Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).

- Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.
- **Compruebe si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año que viene.**
  - ¿Sus médicos, incluidos sus especialistas, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores a los que acude?
  - Consulte la **sección C** para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
  - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está contento con nuestro plan.**

#### **Si decide quedarse con AbilityCare:**

Si quiere quedarse con nosotros el año que viene, es fácil: no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, permanecerá automáticamente inscrito en AbilityCare.

#### **Si decide cambiar de plan:**

Si decide que otra cobertura cubre mejor sus necesidades, puede cambiar de plan (consulte la **sección E2** para obtener más información). Si se inscribe en un plan nuevo, recibirá un aviso con la fecha de inicio de su cobertura nueva. Consulte la **sección E2** para saber más sobre sus opciones.

## **C. Cambios en la red de proveedores y farmacias**

Los montos que paga por sus medicamentos dependen de la farmacia que use. Nuestro plan cuenta con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas *solo* cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para el 2026.

Consulte el **Directorio de proveedores y farmacias** para el 2026 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) o su farmacia están en nuestra red. Un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org). También puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos el **Directorio de proveedores y farmacias por correo**.

Es importante que sepa que también podemos hacer cambios en nuestra red a lo largo del año. Si su proveedor abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **capítulo 3** de su *Manual para miembros* o llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

## **D. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año**

### **D1. Cambios en los beneficios por servicios médicos**

El año que viene cambiaremos la cobertura de algunos servicios médicos. En la siguiente tabla se describen estos cambios.

**Nota:** (\*) significa que se requiere autorización previa.

**?** Si tiene dudas, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).**

<b>Beneficio</b>	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
<b>Tarjeta de comestibles</b>	Los miembros actuales recibirán una tarjeta para comprar alimentos con un importe de gasto trimestral de \$210. Los fondos deben gastarse antes de que finalice el trimestre y no se transfieren al trimestre siguiente. Los fondos se renuevan cada trimestre mientras el usuario siga inscrito en el plan. Importe máximo anual de \$840.	La tarjeta de comestibles no está cubierta.
<b>Tarjeta de medicamentos de venta libre</b>	La tarjeta de medicamentos de venta libre (OTC) no está cubierta.	Los miembros actuales recibirán una tarjeta OTC con un importe de gasto trimestral de \$90. Los fondos deben gastarse antes de que finalice el trimestre y no se transfieren al trimestre siguiente. Los fondos se renuevan cada trimestre mientras usted siga inscrito en el plan. Monto máximo anual de \$360.
<b>Comidas a domicilio*</b>	Hasta 178 comidas (2 comidas al día durante un máximo de 85 días) tras el alta hospitalaria. 2 eventos al año como máximo.  Solo disponible para las comidas que no estén cubiertas por otro beneficio o programa de exención.	Hasta 140 comidas (1 comida al día durante un máximo de 7 días por semana, por 10 semanas, por evento) tras el alta hospitalaria. 2 eventos al año como máximo.  Solo disponible para las comidas que no estén cubiertas por otro beneficio o programa de exención.

## D2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados

### Cambios en nuestra lista de medicamentos

Encontrará una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada en nuestro sitio web [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org). También puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para pedirnos que le enviemos la *Lista de medicamentos cubiertos por correo*.

La *Lista de medicamentos cubiertos* también se denomina *Lista de medicamentos*.

Realizamos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, al modificar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos.

Revise la *Lista de medicamentos* para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año que viene** y para saber si habrá alguna restricción.

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* son nuevos para el comienzo de cada año. No obstante, es posible que realicemos otros cambios permitidos por Medicare o el Estado que lo afectarán

---

**?** Si tiene dudas, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).

## ABILITYCARE, AVISO ANUAL DE CAMBIOS PARA EL 2026

durante el año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en línea al menos una vez al mes para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afecte a un medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, lo invitamos a que haga lo siguiente:

- Colabore con su médico (u otro profesional que le recete medicamentos) para encontrar un medicamento diferente que si cubramos.
  - Puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página o ponerse en contacto con su coordinador de atención para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad.
  - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser adecuado para usted.
- Colabore con su médico (u otro profesional que le recete medicamentos) y pídanos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento.
  - Puede solicitar una excepción antes del año que viene y le daremos una respuesta en las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud (o de la declaración justificativa del médico que le recete el medicamento).
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **capítulo 9** de su *Manual para miembros* o llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.
  - Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención. Consulte los **capítulos 2 y 3** del *Manual para miembros* para saber más sobre cómo ponerse en contacto con su coordinador de atención.
- Pídanos que cubramos un suministro temporal del medicamento.
  - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
  - Este suministro temporal es para un máximo de 30 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **capítulo 5** de su *Manual para miembros*).
  - Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por nuestro plan, o pedirnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento actual.
- La mayoría de las excepciones actuales del formulario seguirán estando cubiertas en el 2026, con excepciones para los medicamentos opiáceos y los medicamentos especializados. Si tiene alguna pregunta sobre si su excepción actual se trasladará al 2026, llame a Servicios para Miembros.

### Cambios en los costos de los medicamentos

Existen dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en virtud de nuestro plan. El importe de lo que paga depende de la fase en la que se encuentre cuando le surten o reponen una receta. Estas son las dos etapas:



**Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).

Etapa 1 Etapa de cobertura inicial	Etapa 2 Etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago.  Comienza esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026.  Comienza esta etapa después de pagar una determinada cantidad de gastos de bolsillo.

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando el total de sus gastos de bolsillo por medicamentos alcanza los \$2,100. En ese momento comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Nuestro plan también cubre todos los costos de los medicamentos desde el comienzo hasta fin de año. Para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos, consulte el **capítulo 6** de su *Manual para miembros*.

En el marco del programa de Descuentos de Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y biológicos de la Parte D cubiertos durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en el marco del programa de Descuentos de Fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

### D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga la suya. Su parte se denomina copago. El copago depende del nivel de participación en los gastos en que se encuentre el medicamento y del lugar donde lo adquiera. También paga un copago cada vez que surte una receta. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, pagará el precio más bajo.

La siguiente tabla muestra los costos de un suministro para un mes en una farmacia de la red con copagos estándar en cada uno de nuestros 2 niveles de medicamentos. Estos importes **solo** se aplican durante el periodo en que se encuentra en la Etapa de cobertura inicial.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.

Si desea información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos de un suministro a largo plazo, consulte el **capítulo 6, sección D**, de su *Manual para miembros*.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<b>Medicamentos del nivel 1: genéricos</b> <i>Medicamentos genéricos</i> Costo de una dosis para un mes de un medicamento del nivel 1 dispensado en una farmacia de la red	El copago por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0 por receta</b> .	El copago por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0/\$1.60/\$5.10 por receta</b> .

 **Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
<b>Medicamentos del nivel 1: de marca</b> <i>Medicamentos de marca</i> Costo de una dosis para un mes de un medicamento del nivel 1 dispensado en una farmacia de la red	El copago por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0 por receta.</b>	El copago por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0/\$4.90/\$12.65 por receta.</b>

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando el total de sus gastos de bolsillo por medicamentos alcanza los \$2,100. En ese momento comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los gastos de medicamentos desde ese momento hasta final de año. Para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos, consulte el **capítulo 6** de su *Manual para miembros*.

#### D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”

Cuando alcanza el límite de desembolso de **\$2,100** para sus medicamentos, comienza la Etapa de cobertura catastrófica y no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Permanece en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario.

Para obtener más información sobre los costos de la etapa de la Cobertura catastrófica, consulte el **capítulo 6, sección E**.

### E. Elegir un plan

#### E1. Mantener nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. Si **no** se cambia a otro plan de Medicare ni a Original Medicare, permanecerá automáticamente inscrito en nuestro plan durante el 2026.

#### E2. Cambiar de plan

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden darse de baja durante determinados períodos del año. Como usted tiene Medical Assistance, puede darse de baja de nuestro plan cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su inscripción en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- **El Período de inscripción abierta**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un plan nuevo durante este período, su inscripción en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su inscripción al plan nuevo comenzará el 1 de enero.
- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un plan nuevo durante este período, su inscripción al plan nuevo comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que tenga derecho a realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, en estos casos:

- se mudó fuera de nuestra zona de servicio;
- ha cambiado su elegibilidad para Medical Assistance o para recibir ayuda adicional; o



**Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).

- se ha mudado hace poco o recibe cuidados en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo). Si se ha mudado recientemente de una institución, puede cambiar de plan o pasarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes en que se mude.

## Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare que se indican a continuación durante cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante determinados períodos del año, incluido el **Período de inscripción anual** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **sección E2**. Al elegir una de estas opciones, finaliza automáticamente su inscripción en nuestro plan.

### 1. Puede cambiarse a:

**Otro plan que le proporcione Medicare, y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medical Assistance en un solo plan, también conocido como plan integrado para necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP), si hay uno disponible donde usted vive.**

### Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, el SHIP se llama Minnesota Aging Pathways. Estas llamadas son gratuitas. También puede visitar <https://mn.gov/board-on-aging/direct-services/aging-pathways/>

### O BIEN

Inscríbase en un nuevo plan integrado de D-SNP.

Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de su plan nuevo.



**Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).

<p><b>2. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Original Medicare con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, el SHIP se llama Minnesota Aging Pathways. Estas llamadas son gratuitas. También puede visitar <a href="https://mn.gov/board-on-aging/direct-services/aging-pathways/">https://mn.gov/board-on-aging/direct-services/aging-pathways/</a></li></ul> <p><b>O BIEN</b></p> <p>Inscribirse a un plan nuevo de medicamentos de Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p> <p>Si decide abandonar nuestro plan, Medical Assistance se proporcionará a través del método de pago por servicio. Puede volver a inscribirse en el plan SNBC no integrado en el que estaba inscrito antes de AbilityCare; para ello, complete un formulario de inscripción nuevo.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).

**3. Puede cambiarse a:**

**Original Medicare sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.**

**NOTA:** Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no desea inscribirse.

Solo debe darse de baja de la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene dudas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). También puede visitar <https://mn.gov/board-on-aging/direct-services/aging-pathways/>

**Esto es lo que debe hacer:**

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, el SHIP se llama Minnesota Aging Pathways. Estas llamadas son gratuitas. También puede visitar <https://mn.gov/board-on-aging/direct-services/aging-pathways/>

Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Si decide abandonar nuestro plan, Medical Assistance se proporcionará a través del método de pago por servicio. Puede volver a inscribirse en el plan SNBC no integrado en el que estaba inscrito antes de AbilityCare; para ello, complete un formulario de inscripción nuevo.



**Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).

**4. Puede cambiarse a:**

Cualquier plan de salud de Medicare durante determinados períodos del año, incluido el **Período de inscripción anual** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **sección A**.

**Esto es lo que debe hacer:**

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, el SHIP se llama Minnesota Aging Pathways. *Estas llamadas son gratuitas.* También puede visitar <https://mn.gov/board-on-aging/direct-services/aging-pathways/>

**O BIEN**

Inscríbase en un plan nuevo de Medicare.

Se lo dará de baja automáticamente de nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su plan nuevo.

Si decide abandonar nuestro plan, Medical Assistance se proporcionará a través del método de pago por servicio. Puede volver a inscribirse en el plan SNBC no integrado en el que estaba inscrito antes de AbilityCare; para ello, complete un formulario de inscripción nuevo.

**Sus servicios de Medical Assistance**

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medical Assistance después de dejar nuestro plan, póngase en contacto con la línea de Apoyo para Consumidores de Atención Médica del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (HCCS) llamando al 1-651-297-3862 o al 1-800-657-3672; de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Esta llamada es gratuita. Pregunte cómo afecta a su cobertura de Medical Assistance el hecho de inscribirse en otro plan o de volver a Medicare Original.



**Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).

## F. Obtener ayuda

### F1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarlo si tiene alguna duda. Llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página durante los días y horas de atención al público indicados. Estas llamadas son gratuitas.

#### Lea el *Manual para miembros*

Su *Manual para miembros* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. En este se detallan los beneficios y los costos para 2026. Se explican sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos que cubrimos.

El *Manual para miembros* de 2026 estará disponible el 15 de octubre. Puede obtener una copia actualizada del *Manual para miembros* visitando nuestro sitio web [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org). También puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página para pedirnos que le envíemos por correo un *Manual para miembros* para el 2026.

#### Nuestro sitio web

Visite nuestro sitio web, [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org). Le recordamos que en nuestro sitio web encontrará la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos* (*Lista de medicamentos cubiertos*).

### F2. Minnesota Aging Pathways (antes Senior LinkAge Line)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP). En Minnesota, el SHIP se llama Minnesota Aging Pathways. Minnesota Aging Pathways puede ayudarle a entender sus opciones de planes y responder a sus preguntas sobre el cambio de planes. Minnesota Aging Pathways no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Minnesota Aging Pathways cuenta con asesores formados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de Minnesota Aging Pathways es 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para obtener más información o para encontrar una oficina local de Minnesota Aging Pathways en su zona, visite <https://mn.gov/board-on-aging/direct-services/aging-pathways/>.

### F3. Obtención de ayuda del Defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada

El programa del defensor del pueblo puede ayudarlo si tiene algún problema con nuestro plan. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El programa del defensor del pueblo hace lo siguiente:

- Trabaja como defensor en su nombre. Puede responder a sus preguntas si tiene algún problema o queja, y ayudarlo a saber qué hacer.
- Se asegura de que disponga de información sobre sus derechos y protecciones, y sobre cómo resolver sus dudas.
- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del programa del defensor del pueblo es 1-651-431-2660 (área metropolitana de Twin Cities); 1-800-657-3729 (fuera del área metropolitana de Twin Cities). Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o usar el servicio de retransmisión que prefieran.



**Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).

## F4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Chatee en directo en [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone)
- Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

### Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Si decide darse de baja de nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, en la página web de Medicare encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad que lo ayudará a comparar planes.

Puede encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su zona utilizando el buscador de planes de Medicare del sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, consulte el sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y haga clic en “Find plans” [Buscar planes]).

### Medicare y usted 2026

Puede leer el manual *Medicare y usted 2026*. Todos los años, en otoño, se envía este folleto por correo a los beneficiarios de Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene un ejemplar de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## F5. Medical Assistance

Para obtener información sobre las opciones de servicios de asesoramiento, llame a la línea de Apoyo para Consumidores de Atención Médica del Departamento de Derechos Humanos (HCCS) al 1-651-297-3862 o al 1-800-657-3672.

## F6. El Plan de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de recetas médicas de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a gestionar los gastos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan, repartiéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre) en forma de pagos mensuales. Este programa no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) y del Programa de ayuda para medicamentos contra el SIDA (ADAP), para quienes reúnan los requisitos, supone más beneficios que la participación en el Plan de pago de recetas médicas por sí sola. Todos los miembros pueden participar en este programa, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre este programa, póngase en contacto con nosotros al número de teléfono que aparece al final de esta página o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

## F7. Disability Hub MN

**Disability Hub MN™** es una red estatal gratuita de recursos para personas con discapacidad y aquellas personas que las cuidan. Puede ponerse en contacto con el Hub para obtener información general, recursos

---

 **Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).

## ABILITYCARE, AVISO ANUAL DE CAMBIOS PARA EL 2026

y ayuda para entender sus opciones de atención médica. El Hub no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Póngase en contacto con el Hub llamando al 1-866-333-2466 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. (esta llamada es gratuita) o utilice su servicio de retransmisión preferido. También puede visitar el sitio web para chatear o utilizar el formulario por correo electrónico en [www.disabilityhubmn.org/contact-us](http://www.disabilityhubmn.org/contact-us).

---

 **Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente



**Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente



**Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente



**Si tiene dudas**, puede llamar a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242, TTY: 1-800-627-3529 o 711, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.mnscha.org](http://www.mnscha.org).