



2026

# Aviso anual de cambios

Condado de Douglas, Oregón

**ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)**

H3814-030



## **ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) es ofrecido por ATRIO Health Plans**

# **Aviso anual de cambios para 2026**

Usted está inscrito como miembro de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).

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

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá inscrito en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite [atriohp.com](http://atriohp.com) o consulte la lista que se encuentra al final de su manual *Medicare & You 2026* (*Medicare y Usted 2026*).
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Más información sobre costos, beneficios y normas se encuentra en la *Evidencia de Cobertura*.

### **Más recursos**

- Este material está disponible en forma gratuita en español.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Horario de atención: Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en letra grande.

### **Acerca de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)**

- ATRIO Health Plans es un plan PPO, HMO, PPO C-SNP y HMO D-SNP que tiene contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a ATRIO Health Plans . Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

H3814\_030\_ANOC\_2026\_M

## Índice

<b>Resumen de costos importantes para 2026 .....</b>	<b>3</b>
<b>SECCIÓN 1      Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>6</b>
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan .....	6
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....	6
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores .....	7
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	8
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	8
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D .....	9
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta .....	10
<b>SECCIÓN 2      Cambios administrativos.....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 3      Cómo cambiar de plan .....</b>	<b>14</b>
Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes .....	15
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? .....	15
<b>SECCIÓN 4      Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 5      ¿Preguntas?.....</b>	<b>18</b>
Reciba ayuda de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) .....	18
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare .....	18
Cómo recibir ayuda de Medicare.....	19
Cómo recibir ayuda de Medicaid.....	19

## Resumen de costos importantes para 2026

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
<b>Prima mensual del plan*</b>  * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.	\$0	\$0
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>  Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).	\$9,350  Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$9,250  Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
<b>Consultas de atención primaria</b>	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
<b>Consultas en el consultorio de un especialista</b>	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
<b>Hospitalizaciones</b>  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 usted formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	\$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.  \$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.	\$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.  \$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
<b>Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D</b>  (Consulte la Sección 1.6 para conocer los detalles).	Deductible: \$0	Deductible: \$0
<b>Cobertura para medicamentos de la Parte D</b>  (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles, entre estos, el deducible de las Etapas de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	<p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Dependiendo de su nivel de “Ayuda Adicional”, solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido para sus medicamentos con receta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de LIS: \$4.90 de copago o</li> <li>• Nivel 2 de LIS: \$1.60 de copago o</li> <li>• Nivel 3 de LIS: \$0 de copago</li> </ul> <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de LIS: \$12.15 de copago o</li> <li>• Nivel 2 de LIS: \$4.80 de copago o</li> <li>• Nivel 3 de LIS: \$0 de copago</li> </ul> <p>Si no recibe “Ayuda adicional”, consulte la</p>	<p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Dependiendo de su nivel de “Ayuda Adicional”, solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido para sus medicamentos con receta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de LIS: \$5.10 de copago o</li> <li>• Nivel 2 de LIS: \$1.60 de copago o</li> <li>• Nivel 3 de LIS: \$0 de copago</li> </ul> <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de LIS: \$12.65 de copago o</li> <li>• Nivel 2 de LIS: \$4.90 de copago o</li> <li>• Nivel 3 de LIS: \$0 de copago</li> </ul> <p>Si no recibe “Ayuda adicional”, consulte la</p>

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
	<p>Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre los montos de costo compartido de los medicamentos con receta.</p> <p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.</li></ul>	<p>Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre los montos de costo compartido para los medicamentos con receta.</p> <p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.</li></ul>

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

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

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

### 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 monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p><b>Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo de bolsillo.</b> Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se considere para el monto máximo de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) <b>se tienen en cuenta</b> para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Los costos por medicamentos con receta <b>no se tienen en cuenta</b> para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$9,350	\$9,250

### Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2026 en el sitio web [atriohp.com](http://atriohp.com) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [atriohp.com](http://atriohp.com).
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-672-8620) para recibir ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 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, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-672-8620) para que podamos ayudarlo.

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

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en los costos y beneficios de Medicare y Medicaid.

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
<b>Servicios de acupuntura de rutina (no cubiertos por Medicare) - Monto máximo del plan</b>	\$300 de asignación cada seis meses.	\$300 de asignación cada seis meses, cargados en su tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
<b>Terapias alternativas (Naturopatía) - Monto máximo del plan</b>	\$300 de asignación cada seis meses.	\$300 de asignación cada seis meses, cargados en su tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.
<b>Servicios de quiropráctica - Atención quiropráctica de rutina - Monto máximo del plan</b>	\$300 de asignación cada seis meses.	\$300 de asignación cada seis meses, cargados en su tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.
<b>Beneficio de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) - Monto máximo del plan</b>	\$75 de asignación cada tres meses para la compra de artículos de salud y bienestar de venta libre (Over-the-Counter, OTC). Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente período.	\$85 de asignación cada tres meses para la compra de artículos de salud y bienestar de venta libre (Over-the-Counter, OTC). Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente período.

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

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá**

**restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

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

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

A partir de 2026, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de marca o los productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos por nuevos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico original con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente o agregar nuevas restricciones.

Por ejemplo, si usted 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 en una farmacia de la red. Es posible que reciba información al respecto de un cambio en particular después de que se haya hecho el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (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 a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o pedirle más información a su proveedor de atención médica, a la persona autorizada a dar recetas o a su farmacéutico.

**Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta****Etapas de pago de los medicamentos**

Existen **3 etapas de pago de los 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***

No tenemos deducible, por lo tanto esta etapa de pago no se aplica a usted.

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

Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que los costos totales de sus medicamentos del año a la fecha lleguen a \$2,100.

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

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

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será sustituido 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 conforme al Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<b>Deducible anual</b>	\$0 No tenemos deducible, por lo tanto esta etapa de pago no se aplica a usted.	\$0 <b>No tenemos deducible, por lo tanto esta etapa de pago no se aplica a usted.</b>

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

La tabla muestra su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (31 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos por un suministro a largo plazo o en una farmacia de la red que ofrece costo compartido preferido, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de “Ayuda Adicional”, solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido para sus medicamentos con receta:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de LIS: \$4.90 de copago o</li> <li>• Nivel 2 de LIS: \$1.60 de copago o</li> <li>• Nivel 3 de LIS: \$0 de copago</li> </ul> <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de LIS: \$12.15 de copago o</li> <li>• Nivel 2 de LIS: \$4.80 de copago o</li> <li>• Nivel 3 de LIS: \$0 de copago</li> </ul> <p>Si no recibe “Ayuda adicional”, consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre los montos de costo compartido de los medicamentos con receta.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de “Ayuda Adicional”, solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido para sus medicamentos con receta:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de LIS: \$5.10 de copago o</li> <li>• Nivel 2 de LIS: \$1.60 de copago o</li> <li>• Nivel 3 de LIS: \$0 de copago</li> </ul> <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de LIS: \$12.65 de copago o</li> <li>• Nivel 2 de LIS: \$4.90 de copago o</li> <li>• Nivel 3 de LIS: \$0 de copago</li> </ul> <p>Si no recibe “Ayuda adicional”, consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre los montos de costo compartido para los medicamentos con receta.</p>

### Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

**Si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por los Medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

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

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<b>Plan de pago de recetas de Medicare</b>	<p>El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que empezó este año y puede ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos durante el año calendario (enero-diciembre). Usted puede elegir esta opción de pago.</p>	<p>Si usted está participando en el Plan de pagos de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.</p> <p>Para saber más acerca de esta opción de pago, llámenos al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>.</p>

## SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

**Para seguir inscrito en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) no es necesario que haga nada.** A menos que usted se inscriba en un plan diferente o cambie a Original Medicare para el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).

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

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).

- **Para cambiar a Original Medicare con cobertura para medicamentos de Medicare,** inscríbase en un plan de medicamentos de Medicare nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** usted puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información acerca de cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov), consulte el manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), consulte la Sección 5 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Le recordamos que ATRIO Health Plans ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

### **Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes**

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios a su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 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, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura 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 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?**

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

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

Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan a través de alguna de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

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

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

## SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta

---

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

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnen los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
  - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - A la oficina de Medicaid de su estado.

- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (Oregon AIDS Drug Assistance Program (ADAP)). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al 1-971-673-0144. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **Plan de pago de recetas de Medicare.** El Plan de pagos de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través del año calendario (enero – diciembre). Cualquier persona que cuente con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura para medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede usar esta opción de pago **Esta opción de pago podría ayudarlo con la administración de sus gastos, pero no le ahorra dinero ni le reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su Programa de asistencia farmacéutica de su estado (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción del Plan de pago de recetas de Medicare, sin importar el nivel de ingresos. Para saber más acerca de esta opción de pago, llame a 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

## SECCIÓN 5      ¿Preguntas?

### Reciba ayuda de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos a su disposición para llamadas telefónicas. Horario de atención: Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

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

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte su *Evidencia de Cobertura* de 2026 para ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga su *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en [atriohp.com](http://atriohp.com) o llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite [atriohp.com](http://atriohp.com)**

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

### Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Oregon, el SHIP se denomina Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA).

Llame a Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguro médico. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y Medicaid además de responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) al 1-800-722-4134. Conozca más de Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) visitando <https://shiba.oregon.gov/Pages/index.aspx>.

## Cómo recibir ayuda de Medicare

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

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

- **Chatee en vivo con [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

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

- **Escriba a Medicare**

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

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

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

- **Lea Medicare & You 2026**

El manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)* se envía por correo cada otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## Cómo recibir ayuda de Medicaid

Llame a Oregon Health Plan (Medicaid) al 1-800-699-9075. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y recursos y servicios auxiliares

**English:** ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-877-672-8620 or speak to your provider.

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, dispone de servicios gratuitos de asistencia lingüística. También dispone de recursos y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-877-672-8620 o hable con su proveedor.

**Chinese Mandarin:** 注意：如果您讲中文普通话，我们提供免费的语言协助服务。此外，我们还免费提供相应的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。请致电 1-877-672-8620 或联系您的服务提供商。

**Chinese Cantonese:** 注意：如果您講粵語，我們可以為您提供免費的語言協助服務。還免費提供適當的輔助工具和服務，以可存取的格式提供資訊。請致電 1-877-672-8620 或與您的提供者聯絡。

**Tagalog:** PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyon 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 1-877-672-8620 o makipag-usap sa iyong provider.

**French:** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir de l'information dans des formats accessibles sont également offerts gratuitement. Composez le 1-877-672-8620 ou parlez-en à votre fournisseur.

**Vietnamese:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-877-672-8620 hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenz-Angebote zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Angebote zur barrierefreien Informationsbereitstellung sind kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-877-672-8620 an oder wenden Sie sich an Ihren Anbieter.

**Korean:** 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-877-672-8620번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-877-672-8620 или обратитесь к своему поставщику услуг.

**:Arabic**

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما توفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 1-877-672-8620 أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

**Hindi:** 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। 1-877-672-8620 पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

**Italian:** ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-877-672-8620 o rivolgiti al tuo fornitore.

**Portuguese:** ATENÇÃO: Se fala português, estão disponíveis para si serviços gratuitos de assistência linguística. Os recursos auxiliares e os serviços adequados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-877-672-8620 ou fale com o seu fornecedor.

**French Creole:** ATANSYON: Si ou pale Kreyòl, sèvis asistans lang gratis la disponib pou ou. Zouti ak sèvis yo ki bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele 1-877-672-8620 oswa pale ak founisè ou.

**Polish:** UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-877-672-8620 lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

**Japanese:** 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。1-877-672-8620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。