Verda Noble Care (HMO) ofrecido por *Verda Health Plan of Arizona, Inc.*

Aviso Anual de Cambios para 2027

Actualmente usted está inscrito como miembro de *Verda Noble Care (HMO)*.

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

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá en *Verda Noble Care (HMO)*.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o revise la lista al final de su manual *Medicare Y Usted 2027*.
- Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de Cobertura*. *Obtenga una copia* en *https://verdahpaz.com o llame a Member Experience al 1-888-256-5123 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.*
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan o cambiar a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en *español.*
- Llame a Member Experience al *1-888-256-5123* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para obtener más información. El horario de atención es de *8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto días feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario de atención se responderán dentro de un día hábil*. Esta llamada es gratuita.
- *Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos.*

Acerca de *Verda Noble Care (HMO)*

- *Verda Health Plan of Arizona es un plan HMO con un contrato con Medicare.*
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Verda Health Plan of Arizona, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Verda Noble Care (HMO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, será inscrito automáticamente en *Verda Noble Care (HMO)*.** A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura

médica y de medicamentos a través de *Verda Noble Care (HMO)*. Consulte la Sección 3.1 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para hacer un cambio.

H2630_2027_VHT1191_M

Tabla de Contenido

Resumen de Costos Importantes para 2027 4

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año 6
Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual del Plan 6
Sección 1.2 Cambios en su Cantidad Máxima de Gastos de Bolsillo 7
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 de Medicamentos de la Parte D 10
Sección 1.7 Cambios en los Beneficios y Costos de los Medicamentos Recetados 11

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos 14

SECCIÓN 3 Cómo Cambiar de Plan 15
Sección 3.1 Fechas Límite para Cambiar de Plan 16
Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio? 16

SECCIÓN 4 Obtenga Ayuda para Pagar sus Medicamentos Recetados 16

SECCIÓN 5 ¿Preguntas? 18
Obtenga Ayuda de *Verda Noble Care (HMO)* 18
Obtenga Asesoramiento Gratuito sobre Medicare 18
Obtenga Ayuda de Medicare 19

Resumen de Costos Importantes para 2027

	2026 **(este año)**	**2027** **(el próximo año)**
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	*$0*	***$0***
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Esta es la cantidad máxima 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.)	*$2,099*	***$2,099***
Visitas al consultorio de atención primaria	*$0* por visita	***$0* por visita**
Visitas al consultorio de especialistas	*$0* por visita	***$0* por visita**
Hospitalizaciones como paciente internado Incluye diversas hospitalizaciones como paciente internado, tales como atención de casos agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención para pacientes internados en un	*Días 1-3 $0* *Días 4-7 $150/día* *Día 8 + $0*	***Días 1-3 $0*** ***Días 4-7 $150/día*** ***Día 8 + $0***

	2026 **(este año)**	**2027** **(el próximo año)**
hospital comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día previo a ser dado de alta es el último día como paciente internado.		
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más detalles, incluidas las Etapas de Deducible Anual, Cobertura Inicial y Cobertura Catastrófica.)	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D *$300* *No aplica a los Niveles 1, 2 y 6* Copago/Coseguro que corresponda durante la Etapa de Cobertura Inicial: Medicamentos del Nivel 1: $0 Medicamentos del Nivel 2: $0 Medicamentos del Nivel 3: $40 Usted paga $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** ***$300*** ***No aplica a los Niveles 1 y 2*** ***Copago/Coseguro que corresponda durante la Etapa de Cobertura Inicial:*** ***Medicamentos del Nivel 1: $0*** ***Medicamentos del Nivel 2: $0*** ***Medicamentos del Nivel 3: $40*** ***Usted paga $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.***

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	Medicamentos del Nivel 4: 30% Medicamentos del Nivel 5: 29% Medicamentos del Nivel 6: $0 Etapa de Cobertura Catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado	***Medicamentos del Nivel 4: 30%*** ***Medicamentos del Nivel 5: 30%*** ***Etapa de Cobertura Catastrófica:*** ***Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado***

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual del Plan

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.)	*$0*	***$0*** ***No hay cambios para el próximo año de beneficios***

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

- Multa por inscripción tardía - Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa vitalicia por inscripción tardía de la Parte D por haber estado sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.

- Recargo por ingresos más altos: Si tiene ingresos más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en su Cantidad Máxima de Gastos de Bolsillo

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

	2026 **(este año)**	**2027** **(el próximo año)**
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) **cuentan** para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Nuestra prima del plan y sus costos de medicamentos recetados **no cuentan** para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.	*$2,099*	***No hay cambios para el próximo año de beneficios*.**

Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de Proveedores* *https://verdahpaz.com/find-a-doctor/* de 2027 para ver si sus proveedores

(proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Así puede obtener una versión actualizada del *Directorio de Proveedores*:

- Visite nuestro sitio web en *https://verdahpaz.com/*
- Llame a Member Experience al *1-888-256-5123* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores*.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de proveedores a mitad de año le afecta, llame a Member Experience al 1-*888-256-5123* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para obtener ayuda. Es posible que tenga un período especial de inscripción si su proveedor deja la red del plan. 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

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

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de Farmacias* *https://verdahpaz.com/find-a-pharmacy/* de 2027 para ver qué farmacias están en nuestra red. Así puede obtener una versión actualizada del *Directorio de Farmacias*:

- Visite nuestro sitio web en *https://verdahpaz.com/find-a-pharmacy/*.
- Llame a Member Experience al 1-888-256-5123 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Farmacias*.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de farmacias a mitad de año le afecta, llame a Member Experience al 1-888-256-5123 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

	2026 **(este año)**	**2027** **(el próximo año)**
Servicios de enfermería especializada	*$0 días 1-7* *$20 días 8-20* *$218 días 21-100*	***$0 días 1-7*** ***$20 días 8-20*** ***$221 días 21-100***
Acupuntura ***Acupuntura cubierta por Medicare***	*$0* *Límite de 24 visitas por año en combinación con los Servicios de Acupuntura de rutina y los Servicios de Masaje Terapéutico*	***$0*** ***Límite de 20 visitas por año en combinación con los Servicios de Acupuntura de rutina y los Servicios de Masaje Terapéutico.***
Servicios quiroprácticos ***Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare***	*$0* *Límite de 24 visitas por año en combinación con los Servicios de Acupuntura de rutina y los Servicios de Masaje Terapéutico*	***$0*** ***Límite de 20 visitas por año en combinación con los Servicios de Acupuntura de rutina y los Servicios de Masaje Terapéutico.***
Masaje terapéutico	*$0* *Límite de 24 visitas por año en combinación con los Servicios de Acupuntura de rutina y los Servicios de Masaje Terapéutico*	***$0*** ***Límite de 20 visitas por año en combinación con los Servicios de Acupuntura de rutina y los Servicios de Masaje Terapéutico.***
Servicios públicos	*Asignación mensual de $15*	***No cubierto***

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Spa de belleza	*Asignación mensual de $15*	***No 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 llama formulario o Lista de Medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de Medicamentos de forma electrónica y se publica en línea en *https://verdahpaz.com/medication/*

Puede obtener la Lista de Medicamentos *completa* llamando a Member Experience al *1-888-256-5123* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) o visitando nuestro sitio web en *https://verdahpaz.com/medication/*.

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que podrían incluir la eliminación o incorporación de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o su traslado a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento fue trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

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

Si le afecta un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con la persona que le receta para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un medicamento nuevo. Llame a Member Experience al *1-888-256-5123* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los Beneficios y Costos de los Medicamentos Recetados

¿Recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no le corresponda**. Le enviamos un material aparte, llamado *Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados*, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibió este material con este paquete, llame a Member Experience al *1-888-256-5123* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) y solicite la *Cláusula Adicional LIS*.

Etapas de Pago de Medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos:** la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica.

- ***Etapa 1: Deducible Anual***

  Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, paga el costo total de sus medicamentos de Marca Preferida del Nivel 3, de sus medicamentos No Preferidos del Nivel 4 y de sus medicamentos Especializados del Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual

- ***Etapa 2: Cobertura Inicial***

  Una vez que pague el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos acumulados en el año alcancen $*2,400*.

- ***Etapa 3: Cobertura Catastrófica***

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

Costos de los Medicamentos en la Etapa 1: Deducible Anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Deducible Anual	*$300* *Durante esta etapa, usted paga $0 de costo compartido por los medicamentos de los niveles 1, 2 y 6, y el costo total de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.*	***$300*** ***Durante esta etapa, usted paga $0 de costo compartido por los medicamentos de los niveles 1 y 2, y el costo total de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.***

Costos de los Medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrece costo compartido preferido, o de las recetas por pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado $*2,400* de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

	2026 **(este año)**	**2027** **(el próximo año)**
***Nivel 1*: Genéricos Preferidos** Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	*$0*	**$0**
Nivel 2: Genéricos Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	*$0*	*$0*
Nivel 3 - Marca Preferida Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	$40	$40
Nivel 4 - Medicamento No Preferido Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en	30% del costo total Este nivel está limitado a un suministro de medicamentos de 30 días y no está disponible en un suministro extendido o de 90 días.	30% del costo total Este nivel está limitado a un suministro de medicamentos de 30 días y no está disponible en un suministro extendido o de 90 días.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.		
Nivel 5 - Medicamento No Preferido Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos**.**	29% del costo total Este nivel está limitado a un suministro de medicamentos de 30 días y no está disponible en un suministro extendido o de 90 días.	30% del costo total Este nivel está limitado a un suministro de medicamentos de 30 días y no está disponible en un suministro extendido o de 90 días.
Nivel 6 – Select Care	$0	No aplica

Cambios en la Etapa de Cobertura Catastrófica

Si llega a la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Beneficios SSBCI	*Período de gracia de 60 días antes de la verificación de elegibilidad*	***Sin período de gracia***

SECCIÓN 3 Cómo Cambiar de Plan

Para permanecer en *Verda Noble Care (HMO),* no tiene que hacer nada. A menos que se inscriba en otro tipo de plan de salud de Medicare o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en nuestro *Verda Noble Care (HMO).*

Si desea cambiar de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el plan nuevo. Se le dará de baja automáticamente de *Verda Noble Care (HMO)*. Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que, en muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y comprar simultáneamente un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiar a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare por separado,** puede inscribirse en un plan de la Parte D y se le dará de baja automáticamente de *Verda Noble Care (HMO).*

- **Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame a Member Experience al *1-888-256-5123* (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 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, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección *1.1*).

- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite Medicare.gov, consulte el manual *Medicare Y Usted 2027*, llame a su State Health Insurance Assistance Program (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Fechas 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 se inscribió en un plan Medicare Advantage a partir del 1 de enero de 2027 y no está satisfecho con su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

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

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen o están dejando una cobertura de empleador
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

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

SECCIÓN 4 Obtenga Ayuda para Pagar sus Medicamentos Recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
    - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

  - Social Security al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 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 pueden llamar al 1-800-325-0778.

  - Su oficina estatal de Medicaid.

- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP).** *Arizona* tiene un programa llamado *Arizona Department of Health Services - AIDS Drug Assistance Program (ADAP)* que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite *https://shiphelp.org*, o llame al 1-800-MEDICARE.

- **Asistencia con el Costo Compartido de Medicamentos Recetados para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobantes de residencia en el estado y condición del VIH, ingresos bajos según la definición del estado y la condición de no tener seguro o tener seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de los medicamentos recetados a través del *Arizona Department of Health Services - AIDS Drug Assistance Program (ADAP).* Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si ya está inscrito, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al *Arizona Department of Health Services - AIDS Drug Assistance Program (ADAP) al 1-602-364-3610*. 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 medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del 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. Si participa en El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; no necesita presentar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, son más ventajosas que la participación en El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al *1-888-256-5123* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga Ayuda de *Verda Noble Care (HMO)*

- **Llame a Member Experience al *1-888-256-5123.* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*.)**
  Estamos disponibles para llamadas telefónicas de *8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto días feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.*

- **Lea su *Evidencia de Cobertura de 2027***
  Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2027* para *Verda Noble Care (HMO).* La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en *https://verdahpaz.com/* o llame a Member Experience al *1-888-256-5123* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite *https://verdahpaz.com/***
  Nuestro sitio web tiene 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 el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En *Arizona*, el SHIP se llama *Arizona State Health Insurance Assistance Program (SHIP).*

Llame al *Arizona State Health Insurance Assistance Program (SHIP)* para recibir asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros de salud. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al *Arizona State Health Insurance Assistance Program (SHIP*) al 1-800-432-4040. Obtenga más información sobre el *Arizona State Health Insurance Assistance Program (SHIP)* visitando *https://www.hhs.Arizona.gov/services/health/medicare*

Obtenga Ayuda de Medicare

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

- **Chatee en vivo con Medicare.gov**
  Puede chatear en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**
  Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite Medicare.gov**
  El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas (Star Ratings) para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare Y Usted 2027***
  El manual *Medicare Y Usted 2027* se envía por correo cada otoño a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.