

Solis Healthy Living Plan (HMO) ofrecido por Solis Health Plans, Inc.

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro del Solis Healthy Living Plan (HMO).

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

- **Tiene tiempo desde el 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en el Solis Healthy Living Plan (HMO).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista al final de su manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Puede encontrar más información sobre costos, beneficios y normas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en www.solishealthplans.com o llame a Servicios para miembros al 1-844-447-6547 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le enviemos una copia por correo.

Recursos adicionales

- Este material está disponible de forma gratuita en inglés.
- Nuestro plan brinda servicios de asistencia lingüística y servicios auxiliares adecuados sin cargo. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y, al menos, en los 15 idiomas más comúnmente hablados por personas con dominio limitado del inglés en Florida y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para personas con discapacidades que requieren ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación efectiva. Consulte el Aviso de disponibilidad al final de este material.
- Llame a Servicios para miembros al 1-844-447-6547 (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 siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Para solicitar un documento en un formato alternativo, como en letra grande, braille o audio, comuníquese con Servicios para miembros llamando al 1-844-447-6547.

Acerca del Solis Healthy Living Plan (HMO)

- Solis Health Plans, Inc., es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Solis Health Plans, Inc., depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este material se habla de "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Solis Health Plans, Inc. Cuando se habla de "plan" o "nuestro plan", se refiere al Solis Healthy Living Plan (HMO).
- **Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, quedará automáticamente inscrito en el Solis Healthy Living Plan (HMO).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través del Solis Healthy Living Plan (HMO). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacer un cambio.

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2026	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 el monto máximo de gastos de bolsillo	6
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	7
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	7
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.....	14
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados.....	15
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	18
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	18
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan	19
Sección 3.2 ¿Es posible hacer cambios en otro momento del año?.....	19
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados.....	20
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?.....	21
Obtenga ayuda del Solis Healthy Living Plan (HMO).....	21
Reciba asesoramiento gratuito sobre Medicare	21
Obtenga ayuda de Medicare.....	22

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser más alta que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.</p>	\$0	\$0
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).</p>	\$2,500	\$2,500
<p>Visitas al consultorio de atención primaria</p>	\$0 por visita	\$0 por visita
<p>Visitas al consultorio de un especialista</p>	\$0 por visita	\$0 por visita
<p>Estadías de pacientes internados</p> <p>Incluye atención para pacientes hospitalizados con condiciones agudas, rehabilitación con hospitalización, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con una orden del médico. La hospitalización termina el día antes de ser dado de alta del hospital.</p>	<p>\$0 por estadía</p> <p>Tiene cobertura por 93 días por cada periodo de beneficios.</p>	<p>\$0 por estadía</p> <p>Tiene cobertura por 94 días por cada periodo de beneficios.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.7 para obtener más información).</p>	\$0	\$0
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.7 para obtener información detallada sobre las etapas de deducible anual, cobertura inicial y cobertura en situaciones catastróficas.)</p>	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: Copago de \$0</p> <p>Medicamentos de Nivel 2: Copago de \$0</p> <p>Medicamentos de Nivel 3: Copago de \$0</p> <p>Medicamentos de Nivel 4: Copago de \$10</p> <p>Medicamentos de Nivel 5: 33 % del costo total</p> <p>Medicamentos de Nivel 6: Copago de \$0</p> <p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: 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.</p>	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: Copago de \$0</p> <p>Medicamentos de Nivel 2: Copago de \$0</p> <p>Medicamentos de Nivel 3: Copago de \$0</p> <p>Medicamentos de Nivel 4: Copago de \$35</p> <p>Medicamentos de Nivel 5: 33 % del costo total</p> <p>Medicamentos de Nivel 6: Copago de \$0</p> <p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: 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.</p>

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)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Reducción de la prima de la Parte B Este monto se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.	\$0	\$3.10

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

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

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>Los costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	\$2,500	<p>\$2,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$2,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de proveedores/farmacias 2026 en www.solishealthplans.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores/farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.solishealthplans.com.
- Llame a Servicios para miembros al 1-844-447-6547 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada de proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores/farmacias*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si lo afecta un cambio de proveedores a mitad de año, llame a Servicios para miembros al 1-844-447-6547 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red se retira de nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de la *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos recetados 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 recetados están cubiertos *solo* 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 proveedores/farmacias 2026 en www.solishealthplans.com para ver qué farmacias forman parte de nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores/farmacias* actualizado:*

- Visite nuestro sitio web en www.solishealthplans.com.
- Llame a Servicios para miembros al 1-844-447-6547 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada de farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores/farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si lo afecta un cambio de farmacias a mitad de año, llame a Servicios para miembros al 1-844-447-6547 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de acupuntura (complementarios)	Copago de \$0 por 24 visitas de acupuntura de rutina no cubiertas por Medicare por año.	La acupuntura de rutina no cubierta por Medicare <u>no</u> está cubierta.
Servicios quiroprácticos (Complementarios)	Copago de \$0 por servicios quiroprácticos de rutina ilimitados no cubiertos por Medicare por año.	Copago de \$0 por 12 visitas para servicios quiroprácticos de rutina no cubiertos por Medicare por año.
Servicios dentales (complementarios)	Copago de \$0 por servicios dentales complementarios no cubiertos por Medicare. El plan cubre hasta una asignación de \$3,500 por año para servicios dentales preventivos e integrales cubiertos.	Copago de \$0 por servicios dentales complementarios no cubiertos por Medicare. El plan cubre hasta una asignación de \$3,500 por año para servicios dentales preventivos e integrales cubiertos.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<p>Los montos no utilizados vencen al final del año calendario.</p> <p>La asignación se puede utilizar para la mayoría de los servicios dentales, como exámenes, limpiezas, tratamientos de flúor, radiografías, empastes y reparaciones, tratamientos de conducto, implantes de corona y dentaduras postizas.</p> <p><i>Se requiere una remisión para recibir servicios dentales integrales.</i></p> <p>FCL Dental administra la red de proveedores dentales y los beneficios dentales complementarios.</p>	<p>Los montos no utilizados vencen al final del año calendario.</p> <p>La asignación se puede utilizar para la mayoría de los servicios dentales, como exámenes, limpiezas, tratamientos de flúor, radiografías, empastes y reparaciones, tratamientos de conducto, coronas, implantes y dentaduras postizas.</p> <p><u>Novedades para 2026:</u> Se ha actualizado la lista de códigos de procedimientos dentales cubiertos. Los códigos de procedimientos que pertenecen a las categorías de Otros servicios dentales preventivos y Otros servicios dentales de diagnóstico <u>no</u> están cubiertos. Para obtener más información sobre los códigos de procedimientos cubiertos, visite www.solishealthplans.com/2026/member-resources y descargue la Guía dental 2026.</p> <p><i>No se requiere una remisión para servicios dentales integrales.</i></p> <p>DentaQuest administra la red de proveedores dentales y los beneficios dentales complementarios.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Suministros para pruebas de diabetes	<p>Copago de \$0</p> <p>Los suministros para pruebas de diabetes (medidores, tiras Y LANCETAS) que se obtienen en la farmacia solo incluyen productos de las marcas Trividia (Trumetrix®) y Lifescan (OneTouch®).</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los suministros para pruebas de diabetes (medidores, tiras Y LANCETAS) que se obtienen en la farmacia solo incluyen productos de las marcas Trividia (Trumetrix®) y Roche (Accu-check®).</p>
Asignación flexible: para servicios dentales, de visión y de audición	<p>El plan ofrece una asignación trimestral de \$250 para gastos en servicios dentales, de visión y/o de audición de rutina cubiertos en un proveedor de la red.</p> <p>Los montos no utilizados se transfieren al siguiente trimestre, pero vencen al final del año calendario.</p>	<p>El plan ofrece una asignación trimestral de \$200 para gastos en servicios dentales, de visión y/o de audición de rutina cubiertos en un proveedor de la red.</p> <p>Los montos no utilizados se transfieren al siguiente trimestre, pero vencen al final del año calendario.</p>
Servicios de audición (Complementarios)	<p>Copago de \$0 por exámenes de audición de rutina ilimitados no cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por evaluaciones ilimitadas de colocación de audífonos de rutina no cubiertas por Medicare.</p>	<p>Copago de \$0 por 1 servicio no cubierto por Medicare de examen de audición de rutina.</p> <p>Copago de \$0 por 1 servicio no cubierto por Medicare de evaluación de colocación de audífonos de rutina.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes internados	Copago de \$0 por estadía. Tiene cobertura por 93 días por cada periodo de beneficios.	Copago de \$0 por estadía. Tiene cobertura por 94 días por cada periodo de beneficios.
Servicios de programas ambulatorios intensivos	Copago de \$0 por día.	Copago de \$180 por día.
Educación alimentaria y nutricional (Complementarios)	Copago de \$0 por sesiones ilimitadas de asesoramiento nutricional de rutina no cubiertas por Medicare.	El asesoramiento nutricional de rutina no cubierto por Medicare <u>no</u> está cubierto.
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 por servicios de radioterapia cubiertos por Medicare en un centro no hospitalario. Copago de \$25 por servicios de radioterapia cubiertos por Medicare en un centro hospitalario.	El 20 % del costo total de los servicios de radioterapia cubiertos por Medicare en un hospital o centro no hospitalario.
De venta libre	Este plan cubre hasta \$110 por mes para artículos de venta libre (OTC) aprobados. Los montos no utilizados vencen al final de cada mes.	Este plan cubre hasta \$115 por mes para artículos de venta libre (OTC) aprobados. Los montos no utilizados vencen al final de cada mes.
Papa® (Servicios de apoyo en el hogar y compañía)	Copago de \$0 por 48 horas por año (hasta un máximo de 4 horas por mes).	Copago de \$0 por 24 horas por año.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de podología (Cubiertos por Medicare)	<i>Se requiere autorización previa.</i>	<i>No se requiere autorización previa.</i>
Servicios de podología (Complementarios)	Copago de \$0 por visitas ilimitadas de podología de rutina no cubiertas por Medicare por año. <i>Se requiere autorización previa.</i>	Copago de \$0 por 12 visitas de podología de rutina no cubiertas por Medicare por año. <i>No se requiere autorización previa.</i>
Servicios para dejar de fumar (Complementarios)	Copago de \$0 por 12 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar no cubiertas por Medicare.	El asesoramiento para dejar de fumar no cubierto por Medicare <u>no</u> está cubierto.
Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI) Asignación para una vida saludable	El plan ofrece una asignación mensual de \$50 en una tarjeta prepaga. Esta asignación se puede utilizar para comprar alimentos, productos agrícolas y suministros para mascotas aprobados en tiendas minoristas participantes. También se puede utilizar para pagar servicios de control de plagas en el hogar, costos de transporte sin motivos médicos como Uber y Lyft y como ayuda para pagar servicios públicos, alquiler y/o pagos de hipoteca donde se acepten pagos con tarjeta.	El plan ofrece una asignación mensual de \$50 en una tarjeta prepaga. Esta asignación se puede utilizar para comprar alimentos y productos agrícolas aprobados o servicios y suministros para mascotas en tiendas minoristas participantes. También se puede usar para pagar servicios de control de plagas en el hogar y costos de transporte sin motivos médicos, como Uber y Lyft, donde se acepten pagos con tarjeta.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<p>Los montos no utilizados vencen al final de cada mes.</p> <p>Para ser elegible para este beneficio SSBCI, debe tener una enfermedad crónica como diabetes, enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica, demencia o hipertensión. Su enfermedad también debe limitar su salud o función en general, ponerlo en alto riesgo de hospitalización y requerir coordinación de cuidados intensivos.</p> <p>Para conocer los criterios de coberturas adicionales y otras enfermedades elegibles, consulte el capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.</p> <p>No todos los miembros calificarán.</p>	<p>La asistencia para el pago del alquiler y/o la hipoteca <u>no</u> está cubierta.</p> <p>Los montos no utilizados vencen al final de cada mes.</p> <p>Para ser elegible para este beneficio SSBCI, debe tener una enfermedad crónica como diabetes, enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica, demencia o hipertensión. Su enfermedad también debe limitar su salud o función en general, ponerlo en alto riesgo de hospitalización y requerir coordinación de cuidados intensivos.</p> <p>Para conocer los criterios de coberturas adicionales y otras enfermedades elegibles, consulte el capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.</p> <p>No todos los miembros calificarán.</p>
Servicios de transporte	<p>Copago de \$0 por viajes ilimitados de ida a sitios aprobados por el plan cada año.</p>	<p>Copago de \$0 por 24 viajes de ida a sitios aprobados por el plan cada año.</p>

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Se ofrece una copia de la Lista de medicamentos en forma electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, lo que puede incluir la eliminación o incorporación de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o cambios de medicamentos a niveles diferentes de costos compartidos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento ha sido cambiado a un nivel diferente de costos compartidos.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán 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 hacemos 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 posteriormente, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con el profesional que le da las recetas para conocer las opciones que tiene, ya sea solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para miembros al 1-844-447-6547 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

A partir de 2026, podemos eliminar de inmediato medicamentos de ciertas marcas o productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos en el caso de que los reemplacemos por nuevos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico original, en el mismo nivel de costos compartidos o uno menor, y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo de inmediato a otro nivel de costos compartidos, agregar nuevas restricciones o ambas opciones.

Por ejemplo: Si toma un medicamento de marca o un producto biológico que se reemplaza por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba aviso del cambio con 30 días de anticipación o antes de recibir un suministro de un mes del medicamento de marca o producto biológico. Es posible que obtenga información sobre el cambio específico cuando el cambio ya se haya realizado.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de la *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información sobre los medicamentos al consumidor. Visite el sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA): www.FDA.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También puede llamar a Servicios para miembros al 1-844-447-6547 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o pedir más información a su proveedor de atención médica, profesional que pueda recetar o farmacéutico.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados

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

Si usted participa en un programa que le 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 por separado, llamado *Cláusula adicional de Evidencia de Cobertura para personas que obtienen Ayuda adicional para pagar por medicamentos recetados*, donde se informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no le llega este material antes del 30 de septiembre de 2025, llame a Servicios para miembros al 1-844-447-6547 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos (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 en situaciones catastróficas. La Etapa de período sin cobertura y el Programa de descuento durante el período sin cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

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

No tenemos deducible, por lo que esta etapa de pago no se aplica a su caso.

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

En esta etapa, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos, y usted paga otra parte. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que los costos totales de medicamentos a lo largo del año alcancen los \$2,100.

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

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.

El Programa de descuentos durante el período sin cobertura ha sido reemplazado por el Programa de descuentos de fabricantes. En el marco del Programa de descuentos de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos de fabricantes no se tienen en cuenta para los gastos de bolsillo.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra el costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

En la tabla se muestra el costo por receta del suministro para un mes, surtido en una farmacia de la red, con costos compartidos estándar.

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos que se encuentran en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D tienen cobertura sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, de un suministro a largo plazo o de recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamento genérico preferido de Nivel 1:	Copago de \$0	Copago de \$0
Medicamento genérico de Nivel 2:	Copago de \$0	Copago de \$0
Medicamento de marca preferido de Nivel 3:	Copago de \$0	Copago de \$0
Medicamento no preferido de Nivel 4:	Copago de \$10	Copago de \$35
Medicamento especializado de Nivel 5:	33 % del costo total	33 % del costo total
Medicamentos complementarios de Nivel 6:	Copago de \$0	Copago de \$0
Cambiamos de nivel a algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.		

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no debe pagar nada por los 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 en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 *de la Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.	<p>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 2026.</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-246-7515 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en el Solis Healthy Living Plan (HMO), no es necesario que haga nada.

A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará automáticamente inscrito en nuestro Solis Healthy Living Plan (HMO).

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

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en el Solis Healthy Living Plan (HMO).
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en el Solis Healthy Living Plan (HMO).

- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para miembros al 1-844-447-6547 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información al respecto. 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, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D (consulte la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)*, llame a su Programa Estatal de Asistencia en el Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage a partir del 1 de enero de 2026 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura separada de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Es posible hacer cambios en otro momento del año?

En determinadas situaciones, es posible cambiar la cobertura durante el año. Por ejemplo, en los siguientes casos:

- Personas que tengan Medicaid.
- Personas que tengan Ayuda adicional para pagar sus medicamentos.
- Personas que tengan o dejen de tener cobertura del empleador.
- Personas que se muden fuera del área de servicio de nuestro plan.

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

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados

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

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán ninguna multa por inscripción tardía. Para saber si califica, puede consultar de las siguientes maneras:
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - Llame al Seguro Social al 1 800 772 1213, de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - Llame a la oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP de su estado, debe cumplir con determinados criterios, entre ellos: presentar evidencias de residencia en el estado, de condición de portador de VIH, de bajos ingresos según lo definido por el estado y de que no tiene seguro o tiene uno insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos de recetas a través del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA de Florida. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo ayuda, llame a la línea directa de VIH/SIDA de Florida al 1-800-352-2437 (inglés) / 1-800-545-7432 (español) /1-888-503-7118 (TTY). Cuando llame, asegúrese de informar el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **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 en medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

La ayuda adicional de Medicare y la ayuda del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) y del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), para aquellos que reúnen los requisitos, tiene más ventajas que participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción de pago del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-844-447-6547 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda del Solis Healthy Living Plan (HMO)

- **Llame a Servicios para miembros al 1-844-447-6547. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los siete días de la semana, desde el Del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más detalles, consulte la Evidencia de Cobertura del Solis Healthy Living Plan (HMO) para 2026. La Evidencia de Cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Obtenga la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en www.solishealthplans.com o llame a Servicios para miembros al 1-844-447-6547 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.solishealthplans.com**

En nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada de la red de proveedores (*Directorio de proveedores/farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

Reciba asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama SHINE (Atendiendo las Necesidades de Seguro de Salud de Personas Mayores).

Llame al programa SHINE para obtener asesoramiento personalizado gratuito sobre el seguro de salud. Pueden ayudarle a entender las opciones de planes de Medicare y Medicaid, y responder sus preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al programa SHINE al 1-800-963-5337 (TTY 1-800-955-8770). Para obtener más información sobre el programa Atendiendo las Necesidades de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHINE, por sus siglas en inglés), visite (www.floridashine.org).

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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite www.Medicare.gov**

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

- **Lea el manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)***

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