Triple-S Óptimo PSHB ofrecido por Triple-S Salud.

Notificación Anual de Cambio para 2027

Usted está inscrito como Cliente de Triple-S Óptimo PSHB.

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

- **Para obtener información sobres u periodo anual de afiliación, contacte a Triple-S Óptimo PSHB o con el administrador de beneficio del plan de su patrono.**
- Para cambiar a un **plan diferente**, visita www.Medicare.gov o revisa la lista al final de su manual Medicare & Usted 2027.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Más información sobre costos, beneficios y reglas se encuentra en la Evidencia de Cubierta. Obtenga una copia llame a Servicios al Cliente al 787-474-5219 desde Puerto Rico o al 833-201-9256 desde las Islas Vírgenes de EE. UU. (Usuarios de TTY, llame al 787-792-1370 desde Puerto Rico o 866-215-1999 desde las Islas Vírgenes de EE. UU.) para obtener una copia por correo.

Recursos Adicionales

- Este material está disponible en inglés libre de costo.
- Comuníquese con nuestro departamento de Servicios al Cliente al 787-474-5219 desde Puerto Rico o al 833-201-9256 desde las Islas Vírgenes de EE. UU. para obtener información adicional. (TTY deben llamar al 787-792-1370 desde Puerto Rico o 866-215-1999 desde las Islas Vírgenes de EE. UU.). Nuestro horario es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Esta llamada es libre de costo.
- Este material también está disponible en otros formatos como braille, texto agrandado y audio. Por favor llame a Servicios al Cliente si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje.

Sobre *Triple-S Óptimo PSHB*

- La afiliación a Triple-S Salud Inc. depende de la renovación de contrato Triple-S Salud, Inc. es un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Triple-S Salud. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Triple-S Óptimo PSHB.
- **Si no hace nada durante el periodo establecido por su patrono, usted permanecerá en Triple-S Óptimo PSHB.** A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Triple-S Óptimo PSHB. Vaya a la Sección 2 para

obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para hacer un cambio.

S2135_Triple_S_ANOC27 _M

Tabla de Contenido

Resumen de Costos Importantes para el 2027 4

SECCIÓN 1 Cambios de Beneficios y Costos para el Próximo Año 5

Sección 1.1 Cambios en su Prima Mensual 5

Sección 1.2 Cambios en la red de farmacias 6

Sección 1.3 Cambios en la cubierta de medicamentos de Parte D 7

Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados 7

SECCIÓN 2 Cómo Cambiar de Plan 9

Sección 2.1 Fechas Límite para Cambiar de Plan 10

Sección 2.2 ¿Hay otros períodos del año para hacer un cambio? 11

SECCIÓN 3 Obtenga Ayuda para Pagar por Medicamentos Recetados 11

SECCIÓN 4 ¿Preguntas? 12

Obtenga Ayuda de Triple-S Óptimo PSHB. 12

Obtenga Asesoramiento Gratuito sobre Medicare 13

Obtenga Ayuda de Medicare 13

Resumen de Costos Importantes para el 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor a esta cantidad. Consulte en la Sección 1 para detalles.	Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual o anterior, o con su sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o del sindicato para obtener información sobre la prima de su plan.	**Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual o anterior, o con su sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o del sindicato para obtener información sobre la prima de su plan.**
Cubierta de medicamentos de Parte D Vaya a la Sección 1 para detalles, incluyendo Deducible Anual, Cubierta Inicial y Etapa de Cubierta Catastrófica.	Deducible de la Cubierta de Medicamentos de la Parte D: $0 Copago o Coaseguro durante la Etapa de Cubierta Inicial: Nivel 1 de medicamentos: $2 Nivel 2 de Medicamentos: $20 Nivel 3 de Medicamentos: 20% del costo total, máximo $125. Usted paga el 20% hasta un máximo de 35 dólares por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Deducible de la Cubierta de Medicamentos de la Parte D: $0 **Copago o Coaseguro durante la Etapa de Cubierta Inicial:** **Nivel 1 de medicamentos: $2** **Nivel 2 de Medicamentos: $20** **Nivel 3 de Medicamentos: 20% del costo total, máximo $125.** **Usted paga el 20% hasta un máximo de 35 dólares por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Nivel 4 de Medicamentos: 20% del costo total, máximo $200 Cubierta Catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Puede que tenga que compartir los costos de los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio ampliado.	**Nivel 4 de Medicamentos: 20% del costo total, máximo $200** **Cubierta Catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.** **Puede que tenga que compartir los costos de los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio ampliado.**

SECCIÓN 1 Cambios de Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 1.1 Cambios en su Prima Mensual

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual o anterior, o con su sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o del	**Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual o anterior, o con su sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o del**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	sindicato para obtener información sobre la prima de su plan.	**sindicato para obtener información sobre la prima de su plan.**

Factores que pueden cambiar la cantidad de su prima de la Parte D

- Penalidad por Inscripción Tardía -La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una penalidad por inscripción tardía de la Parte D, por estar sin cubierta de medicamentos tan buena como la cubierta de medicamentos de Medicare (también conocida como "cubierta acreditable") por 63 días o más.

- Cargo por Ingreso Mayor- Si tiene un ingreso superior, es posible que deba pagar una cantidad adicional mensual directamente al gobierno por su cubierta de medicamentos recetados de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que pague 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, sus recetas están cubiertas sólo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Consulte el Directorio de Farmacias 2027 www.ssspr.com/postal para saber qué farmacias forman parte de nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un Directorio de Farmacias actualizado:

- Visite nuestro sitio web www.ssspr.com/postal.

- Llame a Servicios al Cliente al 787-474-5219 desde Puerto Rico o al 833-201-9256 desde las Islas Vírgenes de EE. UU. (Los usuarios de TTY deben llamar al 787-792-1370 desde Puerto Rico o 866-215-1999 desde las Islas Vírgenes de EE. UU.) para obtener información actualizada sobre los proveedores 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 en nuestras farmacias a mitad de año le afecta, llame a Servicios al Cliente al 787-474-5219 desde Puerto Rico o al 833-201-9256 desde las Islas Vírgenes de EE. UU. (los usuarios

de TTY deben llamar al 787-792-1370 desde Puerto Rico o 866-215-1999 desde las Islas Vírgenes de EE. UU.) para solicitar ayuda.

Sección 1.3 Cambios en la cubierta de medicamentos de Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos cubiertos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama formulario o lista de medicamentos. Una copia de nuestra lista de medicamentos se proporciona electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra lista de medicamentos, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos, o el traslado a un nivel de copago diferente. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones o si su medicamento ha sido trasladado a un nivel de copago 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 que estén permitidos por las reglas de Medicare que afectarán a usted durante el año calendario. Actualizamos nuestra lista de medicamentos en línea al menos mensualmente para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos. 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 cubierta de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cubierta y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporero, solicitar una excepción y/o buscar un nuevo medicamento. Llame a Servicios al Cliente al 787-474-5219 desde Puerto Rico o al 833-201-9256 desde las Islas Vírgenes de EE. UU. (usuarios de TTY llamen al 787-792-1370 desde Puerto Rico o 866-215-1999 desde las Islas Vírgenes de EE. UU.) para obtener más información.

Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados

Etapas de pago de medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cubierta Inicial y la Etapa de Cubierta Catastrófica. La Etapa de Brecha de Cobertura y el Programa de Descuento de Brecha de Cobertura ya no existen en el beneficio de Parte D.

- ***Etapa 1: Deductible Anual***

  No tenemos deducible, por lo que esta etapa de pago no le aplica a usted.

- ***Etapa 2: Cubierta Inicial***

  En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo. Generalmente permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos anuales alcancen $2,400.

- ***Etapa 3: Cubierta Catastrófica***

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

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deductible Anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Etapa de Deducible Anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.	**Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted**

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cubierta Inicial

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en 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 para adultos de Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos para un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrece copago preferido en costos; o para recetas por correo, vaya al Capítulo 6 de su Evidencia de Cubierta.

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 1: Genéricos	Usted paga $2 copago por receta.	**Usted paga $2 copago por receta.**
Nivel 2: Marca preferida	Usted paga $20 copago por receta.	**Usted paga $20 copago por receta.**
Nivel 3: No-Marca preferida	Usted paga el 20% del costo total, máximo de $125. Usted paga el 20% hasta un máximo de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Usted paga el 20% del costo total, con un máximo de $125.** **Usted paga el 20% hasta un máximo de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
Nivel 4: Especializados	Usted paga el 25% del costo total, con un máximo de $200.	**Usted paga el 25% del costo total, con un máximo de $200.**

SECCIÓN 2 Cómo Cambiar de Plan

Para permanecer en *Triple-S Óptimo PSHB,* no necesita hacer nada. A menos que se afilie a un plan diferente o cambie a Medicare Original a la fecha establecida por su patrono, se afiliará automáticamente en nuestro *Triple-S Óptimo PSHB.*

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

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, afíliese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su afiliación en *Triple-S Óptimo PSHB.*
    - Se cancelará automáticamente su inscripción en Triple-S Óptimo PSHB si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. También se cancelará automáticamente su inscripción si se une a una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare o a una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de

Medicare, incluso si ese plan no incluye la cobertura de medicamentos recetados.

- Si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Triple-S Óptimo PSHB para su cobertura de medicamentos. Inscribirse en uno de estos tipos de planes no le cancelará automáticamente la inscripción en Triple-S Óptimo PSHB. Si se inscribe en este tipo de plan y desea abandonar nuestro plan, debe solicitar que se le cancele la inscripción en Triple-S Óptimo PSHB. Para solicitar la cancelación de su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- **Para cambiar a Medicare Original con cubierta de medicamentos**, afíliese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación en *Triple-S Óptimo PSHB.*
- **Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puede enviar una solicitud escrita para cancelar su afiliación. Llame a Servicios al Cliente al 787-474-5219 desde Puerto Rico o al 833-201-9256 desde las Islas Vírgenes de EE. UU. (usuarios de TTY llamen al 787-792-1370 desde Puerto Rico o 866-215-1999 desde las Islas Vírgenes de EEUU.) para obtener más información sobre cómo hacer esto. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite cancelar 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 penalización por inscripción tardía en la Parte D (vea la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, revise el manual Medicare & Usted 2027, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) (vea la Sección 4), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, Triple-S ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden ser distintos en cubierta, prima mensual y cantidades de costo compartido.

Sección 2.1 Fechas Límite para Cambiar de Plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cubierta **durante el período establecido por su empleador.**

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cubierta de medicamentos de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cubierta de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 2.2 ¿Hay otros períodos del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen personas que:

- Tener Medicaid
- Recibir Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
- Tener o estar dejando un cubierta patronal
- Mudarse fuera del área de servicio de nuestro plan

Si se ha mudado recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados prolongados), puede cambiar su cubierta de Medicare en **cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cubierta de medicamentos de Medicare) o a Medicare Original (con o sin cubierta de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si usted se ha mudado recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mude.

SECCIÓN 3 Obtenga Ayuda para Pagar por Medicamentos Recetados

Usted puede ser elegible para recibir ayuda para pagar por medicamentos recetados. Diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare**. Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir “Ayuda Adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar hasta 75% o más de los costos de sus medicamentos, que incluye primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Por otra parte, las personas elegibles no tendrán que pagar una penalidad por inscripción tardía. Para saber si es elegible, llame a:
    - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
    - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de lunes a viernes entre 8 a.m. y 7 p.m. para un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
    - La Oficina de Medicaid de su estado.
- **Programa de Asistencia de Costos-Compartidos para personas con VIH/SIDA**. El Programa de Asistencia en Medicamentos (ADAP, por sus siglas en inglés) se asegura que las personas elegibles que viven con el VIH/SIDA tienen acceso a salvar su vida con

sus medicamentos para el VIH. Para ser elegible al ADAP que opera en su Estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia del estado y estado serológico con respecto al VIH, los bajos ingresos definidos por el Estado, y los que carecen de seguro, bajo condición del Cliente. Medicamentos recetados de la Parte D, que también están cubiertos por ADAP, cualifican para asistencia de costo compartido de los gastos a través del Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud de Puerto Rico. Para obtener más información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa o si está Cliente actualmente cómo seguir recibiendo asistencia, llame al, (787) 765-2929 Ext. 5106 y 5137 o al (787) 522-3963. Cuando llame, asegúrese de indicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **El Plan de Pago de Recetas Medicare.** El Plan de Pago de Recetas Medicare es una opción de pago para ayudarle a manejar los costos fuera de su bolsillo por medicamentos dividiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero a diciembre). Cualquiera que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cubierta de medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cubierta de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero o le reduce el costo de los medicamentos.**

  La "Ayuda Adicional" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que cualifiquen, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Recetas Medicare. Todos los Clientes son elegibles en esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, póngase en contacto con nosotros a través de 787-474-5219 desde Puerto Rico o al 833-201-9256 desde las Islas Vírgenes de EE. UU. (usuarios TTY llamar al 787-792-1370 desde Puerto Rico o 866-215-1999 desde las Islas Vírgenes de EE. UU.) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 4 ¿Preguntas?

Obtenga Ayuda de Triple-S Óptimo PSHB.

- **Llame a Servicios al Cliente al 787-474-5219 desde Puerto Rico o al 833-201-9256 desde las Islas Vírgenes de EE. UU. (Usuarios de TTY deben llamar al 787-792-1370 desde Puerto Rico o 866-215-1999 desde las Islas Vírgenes de EE. UU.)**

  Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 8:00 p.m., los sábados de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. y los domingos de 11:00 a.m. a 5:00 p.m. Las llamadas a estos números son libres de costo.

- **Lea su Evidencia de Cubierta 2027**

Esta *Notificación Anual de Cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el año 2027. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cubierta 2027 de Triple-S Óptimo PSHB.* La *Evidencia de Cubierta* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir servicios cubiertos y medicamentos recetados. Obtenga la *Evidencia de Cubierta* llamando a Servicios al Cliente al 787-474-5219 desde Puerto Rico o al 833-201-9256 desde las Islas Vírgenes de EE. UU. (Usuarios de TTY deben llamar al 787-792-1370 desde Puerto Rico o 866-215-1999 desde las Islas Vírgenes de EE. UU.) para solicitar que le enviemos una copia por correo.

- **Visita *www.ssspr.com/postal***

  Nuestra página de internet contiene la información más actualizada sobre 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 de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en cada estado. En Puerto Rico, el SHIP se llama Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada.

Llame a la Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada para obtener asesoramiento personalizado gratuito sobre seguro de salud. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Llame a la Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada en San Juan al 1-877-725-4300, en Ponce al 1-800-981-7735 o en Mayagüez al 1-800-981-0056, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Puede obtener más información sobre la Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada visitando su sitio web (www.oppea.pr.gov/).

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 en www.Medicare.gov**

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

- **Escríbale a Medicare**

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

- **Visite www.Medicare.gov**

  El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costo, cubierta y calificaciones de estrellas de calidad para ayudarlo a comparar planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & Usted 2027***

  El manual *Medicare & Usted 2027* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre 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.

AVISO INFORMANDO A LOS INDIVIDUOS SOBRE LOS REQUISITOS DE NO DISCRIMEN Y ACCESIBILIDAD Y LA DECLARACION DE NO DISCRIMEN:

La discriminación es ilegal

Triple-S Advantage, Inc., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (según el alcance de la discriminación por sexo descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)). **Triple-S Advantage, Inc.** no excluye a las personas ni las trata menos favorablemente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Triple-S Advantage, Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayuda y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
    - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
- Ofrece servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el español, lo que puede incluir:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con un Representante de Servicio de Triple S Advantage.

Si cree que **Triple-S Advantage, Inc.** no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Representante de Servicio
Unidad de Querellas & Apelaciones
PO Box 11320
San Juan, PR 00922-1320
Teléfono 1-888-620-1919, TTY: 1-866-620-2520,
Fax.787-993-3261,
correo electrónico: appeals-grievances@sssadvantage.com.

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Representante de Servicio está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. electrónicamente a través

del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono al:

Departamento de Salud y Servicios Humanos (Estados Unidos) (DHHS)
200 Independence Avenue SW,
Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201,
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de querella están disponibles en: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html. Este aviso está disponible en el sitio web de Triple-S Advantage, Inc: sssadvantage.com.

Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia Lingüística, Ayudas y Servicios Auxiliares / Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) or speak to your provider.

Español: ATENCION: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística gratuitos están disponibles para usted. También están disponibles ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles, sin costo adicional. Llame al 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) o hable con su proveedor.

中文 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-888-620-1919（**文本电话：** 1-866-620-2520）**或咨询您的服务提供商。**

한국어 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Português: ATENÇÃO: Se você fala português do Brasil, tem à disposição serviços gratuitos de assistência linguística. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-888-620-1919 (TTY 1-866-620-2520) ou fale com seu provedor.
Français**:** ATTENTION: si vous parlez Français, des services d’assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-888-620-1919 (TTY 1-866-620-2520) ou parlez à votre fournisseur.

Italiano: ATTENZIONE: se parli italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l’1-888-620-1919 (TTY 1-866-620-2520) o parla con il tuo fornitore.

Deutsch: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-888-620-1919 (TTY +1-866-620-2520) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520) o makipag-usap sa iyong provider.

РУССКИЙ**:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520) или обратитесь к своему поставщику услуг.

العربية

كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. تنبيه: اتصل على الرقم 1-888-620-1919) TTY 1-866-620-2520) أو لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. تحدث إلى مقدم الخدمة".

हिंदी: ध्यान दें : यदि आप हिंदी बोलते हैं ँ, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको लागि नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। सुलभ प्रारूपहरूमा जानकारी प्रदान गर्नको लागि उपयुक्त सहायक साधन र सेवाहरू पनि नि:शुल्क उपलब्ध छन्। १-८८८-६२०-१९१९ (टिटवाई/टीडीडी १-८६६-६२०-२५२०) मा कोल गर्नुहोस् वा तपाईंको प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

Kreyòl Ayisyen: TANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang free disponib pou ou. Zouti ak sèvis sekondè ki konvenab pou bay enfòmasyon nan fòm ki aksesib tou disponib gratis. Rele 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) oubyen pale ak pwovidè ou.

יידיש

צונעמען אַידס און באַדינונגס אויב איר רעדט יידיש, שפּראַך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. נאטיץ: רופן 1-888-620-1919 פֿאַר פֿראַווייזינג אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאָרמאַטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. אָדער רעדן מיט דיין טרעגער."1919(TTY: 1-866-620-2520)

עברית

שימו לב: אם אתם דוברים עברית, שירותי סיוע בשפה בחינם זמינים לכם. אביזרי עזר ושירותים מתאימים לספק מידע בפורמטים נגישים זמינים גם הם בחינם. התקשרו ל-1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) או דברו עם ספקכם.