

Aviso anual de cambios 2026



El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)

Sirviendo a El Paso y el condado de Hudspeth, Texas

Efectivo a partir del 1º de enero al 31 de diciembre 2026



El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) ofrecido por EL PASO FIRST HEALTH PLANS, INC dba El Paso Health.

Aviso anual de cambios para 2026

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*.

Este documento describe los cambios implementados en su plan para el año que viene.

- **Tiene desde del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe a otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).
- Si desea **cambiarse a un plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista al final del manual del 2026 Medicare y Usted.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Mas información sobre costos, beneficios y reglas se encuentran en la Evidencia de Cobertura. Para obtener una copia visite, ephmedicare.com o llame a los Servicios para Miembros al 1-833-742-3125, usuarios de TTY llamen al 711 para obtener una copia por correo.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en *español*.
- Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y al menos en los 15 idiomas más hablados por personas con dominio limitado del inglés en el estado o estados relevantes en el área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para personas con discapacidades que requieran ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación efectiva.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-833-742-3125. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). *Los horarios son 1 de octubre – 31 de marzo, 8:00 a.m. a 8:00 p.m. diario y 1 de abril – 30 de septiembre, 8:00 a.m. a 8:00 p.m. lunes a viernes.* Las llamadas son gratuitas.
- *Esta información también está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, braille y letra grande).*

Acerca de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)

- El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) es un plan de mantenimiento de la salud (HMO), Plan de Necesidades Especiales y Plan de Medicamentos Recetados con un contrato con Medicare. Inscripción en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo escrito con Medicaid de Texas para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a El Paso Health. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, será inscrito automáticamente en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de **El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)**. Revise la Sección 2.1 para más información sobre cambiar de plan y los plazos para hacer un cambio.

Aviso anual de cambios para 2026

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	3
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	5
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual.....	5
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	5
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	6
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	6
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de la Parte D	7
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados	8
SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan	10
Sección 2.1 Plazo para cambiar planes.....	10
Sección 2.2 ¿Hay otras épocas del año para realizar un cambio?	10
SECCIÓN 3 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	11
SECCIÓN 4 ¿Preguntas?	12
Cómo recibir ayuda de <i>El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)</i>	12
Obtenga asesoría gratuita sobre Medicare.....	13
Obtenga ayuda de Medicare.....	13
Obtenga ayuda de Medicaid	13

Resumen de costos importantes para 2026

La siguiente tabla compara los costos de 2025 y 2026 para *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, las consultas en el consultorio del médico y las hospitalizaciones.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más información.</p>	\$0	\$0
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más información).</p>	<p>\$8,500</p> <p>Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$8,600</p> <p>Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>
<p>Consultas en el consultorio del médico</p>	<p>\$0 copago por consulta</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>	<p>\$0 copago por consulta</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>\$0 copago por consulta</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>	<p>\$0 copago por consulta</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>

	<p style="text-align: center;">2025 (este año)</p>	<p style="text-align: center;">2026 (próximo año)</p>
<p>Deducción de la cobertura del medicamento de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).</p>	<p>\$590 excepto por productos de insulina cubiertos y mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún deducible.</p>	<p>\$615 excepto por productos de insulina cubiertos y mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún deducible.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).</p>	<p><i>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</i></p> <p>Nivel 1: \$0 de copago o \$1.90 copago o \$4.60 copago o 25% coaseguro</p> <p>Todos los demás medicamentos” \$0 de copago o \$4.80 copago o \$12.15 copago o 25% coaseguro</p>	<p><i>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</i></p> <p>Nivel 1 Genérico Preferido: 22% coaseguro</p> <p>Nivel 2 Genérico: 25% coaseguro</p> <p>Nivel 3 Marca Preferida: 25% coaseguro</p> <p>Nivel 4 Marca No Preferida: 25% coaseguro</p> <p>Nivel 5 Medicamentos especializados: 25% coaseguro</p> <p>Nivel 6 Medicamentos Suplementarios: \$0 copago</p> <p>Si recibe “Ayuda Extra” su copago será:</p> <p>\$1.60 copago o \$4.90 copago o \$5.10 copago o \$12.65 copago</p> <p>Puede tener costos para los medicamentos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado</p>

SECCIÓN 1

Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).	\$0	\$0 Sin Cambio

Sección 1.2 Cambios en monto máximo que paga de su bolsillo

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo. Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se toman en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan hacia el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$8,500	\$8,600

Sección 1.3 Cambios en la red de Proveedores

Nuestro directorio de proveedores actualizado está disponible en nuestro sitio web en ephmedicare.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores de 2026 localizado en nuestro sitio web ephmedicare.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores a mitad de año le afecta, llame a Servicios al Miembro al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY llamen al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

El costo que paga por sus medicamentos recetados puede depender de que farmacia utilice. Los planes de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si son obtenidas en una de nuestras farmacias de la red.

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

Podemos hacer cambios en nuestras 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 Miembro al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY llamen al 711) para obtener ayuda.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Dental	\$3,500 asignación anual para servicios dental.	\$3,000 asignación anual para servicios dental.
Productos de venta libre sin receta (OTC)	\$300 cada trimestre para artículos del mostrador y productos de higiene.	\$200 cada trimestre para artículos del mostrador y productos de higiene.
Programa de Nutrición Saludable y Asistencia para Servicios Públicos Estos dos beneficios serán combinados en uno solo.	\$250 por trimestre para alimentos saludables. \$60 mensuales para ayudar con el pago de cualquiera de los siguientes servicios públicos; gas, agua, renta o electricidad. Estos beneficios son disponibles para los Miembros con una condición crónica calificada;	Programa de salud y Hogar (Nuevo nombre para este beneficio) La comida saludable y la asistencia para servicios públicos se combinarán en una sola cantidad trimestral de \$450 para la compra de productos/alimentos saludables aprobados o para pagar cualquiera de los sigui-

Uso de alcohol crónico y otras farmacodependencia, Trastornos autoinmunes, Cáncer, excluido el Pre-cancer, Afecciones Cardiovasculares, Insuficiencia cardíaca crónica, Demencia Derrame cerebral, Diabetes mellitus, Enfermedad hepática terminal, Enfermedad renal terminal requiriendo diálisis, Trastornos hematológicos Graves, VIH/SIDA, Trastornos pulmonares crónicos, enfermedades mentales crónicas e incapacitantes condiciones de salud, Trastornos neurológicos

entes servicios públicos: gas, agua, electricidad o renta.

Estos beneficios son disponibles para los Miembros con un condición crónica calificada;

Uso de alcohol crónico y otras Farmacodependencia, Trastornos autoinmunes, Cáncer, excluido el Pre-cancer, Afecciones Cardiovasculares, Insuficiencia cardíaca crónica, Demencia Derrame cerebral, Diabetes mellitus, Enfermedad hepática terminal, Enfermedad renal terminal requiriendo diálisis, Trastornos hematológicos Graves, VIH/SIDA, Trastornos pulmonares crónicos, enfermedades mentales crónicas e incapacitantes condiciones de salud, Trastornos neurológicos

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de la Parte D

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o "Lista de medicamentos." Una copia de nuestra Lista de medicamentos se incluye en formato electrónico. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que aún se encuentre cubierto. **Puede obtener la Lista de medicamentos completa** si llama a Servicios para los miembros (consulte la contratapa) o visite nuestro sitio web ephmedicare.com.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectara su acceso a un medicamento que esta tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (Usuarios de TTY llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados

¿Recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare?

Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede aplicarse a usted.** Le enviamos un prospecto por separado, llamado Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben “Extra Ayuda” para Pagar los Medicamentos Recetados (también llamado Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o LIS Rider), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido esta información antes del 1 de diciembre de 2025, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-2125 (Usuarios de TTY 711) y pregunte por la Cláusula Adicional de LIS.

Etapas de pago de medicamento

Hay 3 etapas de paso de medicamentos: La Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. La etapa de brecha de cobertura y el Programa de Descuento por Brecha de Cobertura ya no existirá en el beneficio de la Parte D.

- **Etapa 1: Deducible Anual**

Comienza en esta etapa de pago cada año. Durante esta etapa, paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el deducible anual.

- **Etapa 2: Cobertura Inicial**

Una vez que pague el deducible anual, entra en la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, nuestro plan paga parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo. Generalmente, permanecerá en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos acumulados en el año alcancen los \$2,100.

- **Etapa 3: Cobertura Catastrófica**

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, paga por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente permanece en esta etapa durante el resto del año.

El Programa de Descuento por Brecha de Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuento para Fabricantes. Bajo el Programa de Descuento para Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes de El Programa de Descuento no cuentan para los gastos de bolsillo.

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	\$590 Si es elegible para la asistencia de costos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar el deducible.	\$615 Si es elegible para la asistencia de costos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar el deducible.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra el costo por receta para un suministro de un mes, surtida en una farmacia de la red con el costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno. Para obtener más información sobre el costo de las vacunas, o sobre los costos de recetas a largo plazo o por correo, consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura inicial	<p>Nivel 1: Paga \$0 de copago o \$1.90 de copago o \$4.60 de copago o 25% coaseguro</p> <p>Todos los demás medicamentos: Paga \$0 de copago o \$4.80 de copago o \$12.15 de copago o 25% coaseguro</p> <p>Su costo es por un suministro para un mes.</p>	<p>Nivel 1: Genéricos Preferidos: 22% de coaseguro</p> <p>Nivel 2: Genéricos: 25% de coaseguro</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos: 25% de coaseguro</p> <p>Nivel 4: Medicamentos No Preferidos: 25% de coaseguro</p> <p>Nivel 5: Medicamentos Especializados: 25% de coaseguro</p> <p>Medicamentos suplementarios de Nivel 6: \$0 de copago</p> <p>Si recibe "Ayuda Adicional", su copago será: \$1.60 de copago o \$4.90 de copago o \$5.10 de copago o \$12.65 de copago</p>

Cambios en la Etapa de Cobertura Catastrófica

Si alcanza la Etapa de Cobertura Catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D ni por los medicamentos excluidos que estén 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

Cómo cambiar de plan

Para permanecer en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP), no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).

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

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su afiliación a El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).
- **Para cambiar a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación a El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).
- **Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (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 cancelar la inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D (consulte la Sección 3).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual Medicare & Usted 2026, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 3) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 2.1 Plazo para cambiar planes

- Las personas con Medicare pueden cambiar su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre de cada año**.
- Si se inscribió en un plan Medicare Advantage el 1 de enero de 2026 y no está satisfecho con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 2.2 ¿Hay otras épocas del año para realizar un cambio?

- En ciertas situaciones, las personas podrían tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Por ejemplo, quienes:
 - Tienen Medicaid
 - Reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
 - Tienen o están por dejar la cobertura de su empleador
 - Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

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

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

Si se mudó recientemente o reside actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializado 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 a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si usted recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 3

Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Podría calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría cubrir hasta el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales del plan, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, quienes califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame al:
 - o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - o Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - o Su oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP).** Texas cuenta con el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para el VIH (SPAP) y el Programa de Atención Renal de Texas, que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.

- **Asistencia para 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 con VIH/SIDA que cumplen los requisitos del ADAP tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Para ser elegible para el ADAP en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, como comprobante de residencia en el estado y estado serológico respecto al VIH, bajos ingresos, según lo definido por el estado, y estar sin seguro médico o con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia para el costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas. 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 Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas al 1-800-255-1090. Al llamar, asegúrese de informar el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.
- **El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** Este plan es una opción de pago que se integra con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año (enero-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. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos.**

La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, son más ventajosas que participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros pueden participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-742-3125 (usuarios de TTY, llamen al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 4

¿Preguntas?

Cómo recibir ayuda de *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
Estamos disponibles para atenderle por teléfono del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Las llamadas a estos números son gratuitas.
- **Lea su Evidencia de Cobertura de 2026**
Este Aviso Anual de Cambios le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, consulte la Evidencia de Cobertura de 2026 para El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP). 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 obtener los servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en ephmedicare.com llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite ephmedicare.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 asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoría y Defensa de la Salud de Texas (HICAP).

Llame al Programa de Información, Asesoría y Defensa de la Salud de Texas (HICAP) para obtener asesoría gratuita y personalizada sobre seguros médicos. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid y responder a preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al Programa de Información, Asesoría y Defensa de la Salud de Texas (HICAP) al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Programa de Información, Asesoría y Defensa de la Salud de Texas (HICAP), visite (www.tdi.texas.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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee 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 la dirección PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite www.Medicare.gov**

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

- **Lea Medicare y usted 2026**

El manual Medicare y usted 2026 se envía por correo a los beneficiarios de Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, 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.

Obtenga ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid o de su plan de atención médica administrada de Medicaid, puede llamar a Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) al 1-877-541-7905. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Para más información:

Llame al 1-833-742-3125

Usuarios TTY llamen al 711

o visítenos en
EPHMedicare.com