

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

Aviso anual de cambios para

2027

Área de servicio El Paso, Texas

Vigente del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027.



H3407_27001ANOC_M SPAN

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 2027

Usted está inscrito como miembro de El Paso Health Medicare Advantage (HMO D-SNP).

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

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año. Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).**
- Para cambiarse a un plan diferente, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista que aparece al final del manual Medicare y Usted 2027.
- Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y normas en la Evidencia de cobertura. Para obtener una copia, visite www.ephmedicare.com o llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125; los usuarios de TTY deben llamar al 711 para solicitar una copia por correo.

Más recursos

- Este documento está disponible gratuitamente en inglés.
- Nuestro plan debe proporcionar este aviso en inglés y, como mínimo, en los 15 idiomas más hablados por las personas con dominio limitado del inglés en el estado o los estados pertinentes del área de servicio de nuestro plan. También debemos proporcionar el aviso en formatos alternativos a las personas con discapacidades que requieran ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación eficaz.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información adicional. El horario es 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. La llamada es gratuita.
- También tenemos este documento disponible en formatos alternativos (por ejemplo, braille y letra grande).

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

- *Nuestro plan también tiene un acuerdo contractual con el programa Medicaid de Texas para coordinar sus beneficios de Medicaid.*
- *Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a El Paso Health Medicare Advantage. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).*
- *Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, quedará inscrito automáticamente en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP). A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP). Consulte la Sección 2.1 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.*

Table of Contents

Resumen de costos importantes para 2027	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	7
Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	8
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	11
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	11
SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan	14
Sección 2.1 Plazos para cambiar de plan	14
Sección 2.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?	15
SECCIÓN 3 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados	15
SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?	17
Obtenga ayuda de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)	17
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	18
Obtenga ayuda de Medicare	18
Obtenga ayuda de Medicaid	19

Resumen de costos importantes para 2027

La siguiente tabla compara los costos de 2026 y 2027 de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos. Si reúne los requisitos para recibir asistencia de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, paga \$0 por su deducible, las visitas al consultorio médico y las hospitalizaciones como paciente internado.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 para obtener detalles).	\$8,600 Si reúne los requisitos para recibir ayuda de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que no sea responsable de pagar gastos de bolsillo que se apliquen al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$9,550 Si reúne los requisitos para recibir ayuda de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que no sea responsable de pagar gastos de bolsillo que se apliquen al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 por visita Si reúne los requisitos para recibir ayuda de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague \$0 por visita.	\$0 por visita Si reúne los requisitos para recibir ayuda de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague \$0 por visita.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Visitas al consultorio de especialistas	<i>\$0 por visita</i> Si reúne los requisitos para recibir ayuda de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague \$0 por visita.	<i>\$0 por visita</i> Si reúne los requisitos para recibir ayuda de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague \$0 por visita.
Hospitalizaciones como paciente internado Incluye diversos tipos de hospitalizaciones como paciente internado, como atención aguda, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización como paciente internado comienza el día en que usted es admitido formalmente mediante una orden médica y termina el día anterior a su alta.	<i>\$0</i> Si reúne los requisitos para recibir ayuda de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague \$0.	<i>\$0</i> Si reúne los requisitos para recibir ayuda de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague \$0.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1 para obtener detalles, incluidas las etapas del Deducible anual, Cobertura inicial y Cobertura catastrófica).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D <i>\$615</i> Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Nivel 1 Genérico preferido: 22% de coaseguro Nivel 2 Genérico: 25% de coaseguro Nivel 3 Marca preferida: 25% de coaseguro	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$700 Una vez que cumpla con el deducible de \$700, los medicamentos del Nivel 1 tendrán un copago de \$0. Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamentos 1:

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Nivel 4 Medicamento no preferido: 25% de coaseguro	Nivel 1 Genérico preferido: 25% de coaseguro
	Nivel 5 Medicamentos de especialidad: 25% de coaseguro	Nivel 2 Genérico: 25% de coaseguro
	Nivel 6 Medicamentos suplementarios: copago de \$0	Nivel 3 Marca preferida: 25% de coaseguro
	Si recibe “Ayuda adicional”, su copago será: \$1.60	Nivel 4 Medicamento no preferido: 25% de coaseguro
	o \$4.90	Nivel 5 Medicamentos de especialidad: 25% de coaseguro
	o \$5.10	Nivel 6 Medicamentos suplementarios: copago de \$0
	o \$12.65	Si recibe “Ayuda adicional”, su copago será: \$1.65
	Puede tener costos compartidos por medicamentos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.	o \$5.00
		o \$5.80
		o \$14.40
		Puede tener costos compartidos por medicamentos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0

Sección 1.2 Cambios en su 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 (y otros servicios de salud no cubiertos por Medicare) durante el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo Los costos compartidos pagados por el beneficiario, Medicaid y otros seguros secundarios cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo. Debido a que Medicaid paga la mayor parte de los costos compartidos de nuestros miembros, muy pocos miembros llegan a alcanzar este monto máximo de gastos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar gastos de bolsillo que se apliquen al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios	\$8,600	\$9,550

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
cubiertos de la Parte A y la Parte B. Si reúne los requisitos para recibir ayuda de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, no es responsable de pagar gastos de bolsillo que se apliquen al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para alcanzar su monto máximo de gastos de bolsillo.		

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de proveedores de 2027 en www.ephmedicare.com para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red. A continuación, se indica cómo obtener un Directorio de proveedores actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.ephmedicare.com
- Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de proveedores.

Podemos hacer cambios durante el año en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Si un cambio de proveedores a mitad de año le afecta, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga derecho a un período de inscripción especial si su proveedor deja la red del plan.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas únicamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

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

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de farmacias de 2027 en ephmedicare.com para consultar qué farmacias forman parte de nuestra red. A continuación, se indica cómo obtener un Directorio de farmacias actualizado:

- Visite 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 obtener información actualizada sobre farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de farmacias.

Podemos hacer cambios durante el año en las farmacias que forman parte de nuestro plan. Si un cambio en nuestra red de farmacias a mitad de año le afecta, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

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

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
<i>Servicios dentales</i>	Asignación anual de \$3,000 para servicios dentales.	Asignación anual de \$2,500 para servicios dentales.
<i>Productos de venta libre (OTC)</i>	Asignación trimestral de \$225 para productos de venta libre y artículos de higiene cubiertos.	Asignación mensual de \$50 para productos de venta libre y artículos de higiene cubiertos. Esto es para miembros que no tienen una afección crónica.
<i>Transporte</i>	96 viajes de ida para servicios de transporte a visitas médicas que no sean de emergencia y a la farmacia.	72 viajes de ida para servicios de transporte a visitas médicas que no sean de emergencia y a la farmacia.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Visión	\$400 para examen rutinario de la vista, anteojos (armazones y lentes) o lentes de contacto.	\$300 para examen rutinario de la vista, anteojos (armazones y lentes) o lentes de contacto.
Programa Health and Home (SSBCI)	Asignación trimestral de \$450 para frutas, verduras o alimentos saludables aprobados, o para pagar servicios públicos como gas, agua, electricidad o alquiler. Este beneficio está disponible para miembros con una afección crónica que reúna los requisitos: dependencia crónica del alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunitarios, cáncer (excepto precáncer), trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes mellitus, enfermedad hepática en etapa terminal, enfermedad renal en etapa terminal que requiere diálisis, trastorno hematológico grave, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular.	Asignación mensual de \$125 para frutas, verduras o alimentos saludables aprobados, o para pagar servicios públicos como gas, agua, electricidad, alquiler o artículos de venta libre. Este beneficio está disponible para miembros con una afección crónica que reúna los requisitos, como: dependencia crónica del alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunitarios, cáncer (excepto precáncer), trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes mellitus, enfermedad hepática en etapa terminal, enfermedad renal en etapa terminal que requiere diálisis, trastorno hematológico grave, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular.

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 proporciona electrónicamente una copia de nuestra Lista de medicamentos. Si no ve su medicamento en esta lista, es posible que aun así esté cubierto. Puede obtener la Lista de medicamentos completa llamando a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web www.ephmedicare.com.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que pueden incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o trasladarlos a un nivel diferente de costos compartidos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción o si su medicamento fue trasladado 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, podemos realizar otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afecten durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes 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 un cambio en la cobertura de medicamentos le afecta al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con la persona que le receta sus medicamentos para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, pedir una excepción o buscar otro medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

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

Si participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique a usted. Le enviamos un material por separado, llamado Anexo a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta, que explica los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibe este material para el 31 de diciembre de 2026, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el Anexo LIS.

Etapas de pago de medicamentos

Hay 3 etapas de pago de medicamentos: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica.

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

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

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

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo acumulados en el año alcancen \$2,400.

- ***Etapa 3: Cobertura catastrófica***

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

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra el costo que usted paga por cada receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible anual	\$615 Si reúne los requisitos para recibir asistencia de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, no es responsable de pagar el deducible. Si recibe “Ayuda adicional”, su copago será: \$1.60, \$4.90, \$5.10 o \$12.65.	\$700 Si reúne los requisitos para recibir asistencia de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, no es responsable de pagar el deducible. Si recibe “Ayuda adicional”, su copago será: \$1.65, \$5.00, \$5.80 o \$14.40.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra el costo que usted paga por cada receta para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar.

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

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
<i>Etapa de cobertura inicial</i>	Nivel 1 Genérico preferido: 22% de coaseguro Nivel 2 Genérico: 25% de coaseguro Nivel 3 Marca preferida: 25% de coaseguro Nivel 4 Medicamento no preferido: 25% de coaseguro Nivel 5 Medicamentos de especialidad: 25% de coaseguro Nivel 6 Medicamentos suplementarios: copago de \$0 Si recibe “Ayuda adicional”, su copago será: \$1.60 o o \$4.90 o \$5.10 o \$12.65	Nivel 1 Genérico preferido: 25% de coaseguro Nivel 2 Genérico: 25% de coaseguro Nivel 3 Marca preferida: 25% de coaseguro Nivel 4 Medicamento no preferido: 25% de coaseguro Nivel 5 Medicamentos de especialidad: 25% de coaseguro Nivel 6 Medicamentos suplementarios: copago de \$0 Si recibe “Ayuda adicional”, su copago será: \$1.65 o o \$5.00 o \$5.80 o \$14.40

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan

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

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

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP). Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que, en muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y comprar simultáneamente un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiar a Medicare Original con cobertura separada de medicamentos de Medicare**, puede inscribirse en un plan de la Parte D y se cancelará automáticamente su inscripción en 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 inscripción. 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 la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 3).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), consulte el manual Medicare y Usted 2027, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 3) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 2.1 Plazos para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage con vigencia a partir del 1 de enero de 2027 y no está satisfecho con la elección de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura separada de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

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

En determinadas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a personas que:

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

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

- Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado
- Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por 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 reúne los requisitos, un D-SNP integrado que proporcione sus beneficios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si recientemente se mudó a una institución, o actualmente vive en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados 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 cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura separada de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiar a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 3 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda con el pago de medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir Ayuda Adicional con el pago de los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de

medicamentos, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas que reúnen los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o bien
 - La oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP).** Texas tiene programas llamados Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para VIH de Texas (SPAP por sus siglas en inglés) y Programa de Atención de la Salud Renal de Texas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por sus siglas en inglés). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
 - **Asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia Farmacéutica para el SIDA (ADAP por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas que cumplen con los requisitos de ADAP y viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos vitales para el tratamiento del VIH. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir ciertos criterios, entre ellos, comprobante de residencia en el estado y de condición de VIH, bajos ingresos según la definición del estado y condición de persona sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos de Medicare Parte D que también están cubiertos por ADAP reúnen los requisitos para recibir ayuda con los costos compartidos 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 seguir recibiendo ayuda, llame al Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas al 1-800-255-1090. Cuando llame, asegúrese de informar el nombre o el número de póliza de su plan de Medicare Parte D.
 - **El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare** es una opción de pago que puede ayudarle a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre) en pagos mensuales. 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 utilizar esta opción de pago. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, no tiene que

hacer nada para continuar participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus gastos totales de bolsillo por medicamentos.**

Para quienes reúnen los requisitos, la Ayuda adicional de Medicare y la asistencia de su SPAP y ADAP son más ventajosas que participar en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?

Obtenga 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 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 2027**

Este Aviso anual de cambios le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener detalles, consulte la Evidencia de cobertura de 2027 de 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 cubiertos y los medicamentos con receta. Obtenga la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en [ephmedicare.com](https://www.ephmedicare.com) o llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.ephmedicare.com**

Nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores/Directorío de farmacias) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP por sus siglas en inglés).

Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP por sus siglas en inglés) para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguros de salud. Sus asesores pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP por sus siglas en inglés) al 1-800-252-9240. Obtenga más información sobre el Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP por sus siglas en inglés) visitando <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare>.

Obtenga ayuda de Medicare

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

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

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

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

- **Escriba a Medicare**

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

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

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

- **Lea Medicare y Usted 2027**

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

Obtenga una copia en [Medicare.gov](https://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 administrada de Medicaid, puede llamar a Servicios de Salud y Humanos de Texas (Medicaid) al 1-877-541-7905. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Declaración de divulgación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Declaración de no discriminación

El Paso Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El Paso Health no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Paso Health Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes: intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con la Coordinadora de Derechos Civiles al 915-298-7198 Ext 1032.

Si considera que El Paso Health no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Coordinadora de Derechos Civiles de El Paso Health
Chief Compliance/HIPAA Privacy Officer
1145 Westmoreland, El Paso, TX 79925
FileGrievance@elpasohealth.com
915-298-7198 Ext 1032; TTY 1-855-5323740
FAX 915-532-2877

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, la Coordinadora de Derechos Civiles de El Paso Health está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del portal de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web:

<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

Servicios de Asistencia Lingüística

English: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-833-742-3125 (TTY: 711)

Spanish/español: Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de El Paso Health, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-742-3125 (TTY: 711)

Vietnamese/Viet: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về El Paso Health, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-833-742-3125 (TTY: 711)

Chinese/中文: 如果您,或是您正在協助的對象,有關於[插入El Paso Health 項目的名稱El Paso Health 方面的問題,您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。
洽詢一位翻譯員,請撥電話[在此插入數字 1-833-742-3125 (TTY: 711)

Korean/한국어: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 El Paso Health에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-742-3125 (TTY: 711)

Arabic/العربية: والمعلومات المساعدة على الحصول El Paso Health (بخصوص أسئلة شخصتساعدته لدى أو لديك كان إن 1-833-742-3125 (TTY: 711) في الحق فلدك)، (ب اتصل مترجم مع للتحدث. تكلفة اية دون من بلغتك الضرورية

Urdu/اردو: ہے زبان اپنی کو دونوں اپ El Paso Health اور ہیں رہے دے مدد کو کسی اپ اگر ہے سوال کو دونوں اپ 1-833-742-3125 (TTY: 711) [تو میں، بارے مفت کے میں لیے، کے کرنے بات سے ترجمان ہے۔ حق کا کرنے حاصل معلومات اور مدد

Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa El Paso Health, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-833-742-3125 (TTY: 711)

French/Français: Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de El Paso Health, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-833-742-3125 (TTY: 711)

Hindi/हिंदी: यद्द आपके ,या आप द्वारा सहायता ककए जा रहे ककसी व्यक्त के El Paso Health के बारे मँ प्रश्न हँ ,तो आपके पास अपनी भाषा मँ मुफ्त मँ सहायता और सूचना प्राप्त करने का ँधकार है। ककसी ंुभाषण से बात करनेके ँलए 1-833-742-3125 (TTY: 711)

Servicios de Asistencia Lingüística

Persian/فارسی: اگر: El Paso Health حق این که دارید را این حق [مورد در سوال ، میکنید کمک او به شما که کسی یا شما، اگر: فارسی] 1-833-742-3125 (TTY: 711) باشید داشته ، [نمایید دریافت رایگان طور به را خود زبان به اطلاعات و 361 کمک

German/ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-833-742-3125 (TTY: 711)

Gujarati/સુના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશલ ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-833-742-3125 (TTY: 711)

Russian/ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-833-742-3125 телетайп: (711)

Japanese/注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます 1-833-742-3125 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian/ໂປດລາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ , ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-833-742-3125 (TTY: 711)



Para más información:

Llame al 1-833-742-3125

Usuarios de TTY llamen al 711

**o visítenos en
ephmedicare.com**