



AVISO ANUAL DE CAMBIOS

**1145 Westmoreland Dr.
El Paso, TX 79925**

**Para más información
Llamar al 1-833-742-3125
Usuarios de TTY Llamar al 711**

○ visítenos en **[ephmedicare.com](https://www.ephmedicare.com)**



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

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *El Paso Health Medicare Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)*. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios implementados en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web ephmedicare.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*.

- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*.
- Si desea **cambiarse a un plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en *El Paso Health Medicare Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)*.
- Consulte la Sección 3.2, página 11 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en *español*.
- 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).*
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

- *El Paso Health Medicare Advantage Dual es un plan (HMO D-SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa 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)*.

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024		4
SECCIÓN 1	Estamos cambiando el nombre del plan	7
SECCIÓN 1	A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en <i>El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)</i> en 2024	7
SECCIÓN 2	Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	7
	Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	7
	Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
	Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	8
	Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
	Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	10
SECCIÓN 3	Cómo decidir qué plan elegir	13
	Sección 3.1. – Si desea seguir inscrito en <i>El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)</i>	13
	Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	13
SECCIÓN 4	Cómo cambiar de plan	14
SECCIÓN 5	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	14
SECCIÓN 6	Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	15
SECCIÓN 7	Preguntas	16
	Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de <i>El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)</i>	16
	Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	17
	Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	17

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 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.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.
Hospitalizaciones	Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.	Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p><i>Copago</i> durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 1: \$0 copago o \$1.35 copago o \$4.00 copago o 15% coaseguro 	<p>Deducible: \$545</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><i>Copago</i> durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago o \$1.55 copago o \$4.50 copago o 15% coaseguro <p><i>Hemos eliminado cualquier copago o costo de la Parte D. Su copago para medicamentos recetados es de \$0.</i></p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<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 style="text-align: center;"><i>\$8,300</i></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>Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, 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 style="text-align: center;"><i>\$8,850</i></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>Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, 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>

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de *El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)* a *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*.

Recibirá una nueva identificación de miembro por correo a más tardar el 1 de diciembre de 2023. Toda la información del Miembro que le enviemos tendrá el nuevo nombre del plan.

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* en 2024

Si no ha hecho nada en 2023, lo inscribiremos automáticamente en *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*. Si desea cambiarse de plan o a Original Medicare y obtener su cobertura para medicamentos con receta a través de un plan de medicamentos con receta, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).	\$0	\$0

Sección 2.2 – Cambios en el 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.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>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.</p> <p>Si usted es elegible para recibir la asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, 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>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$8,300</p>	<p>\$8,850</p>

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados también se encuentran 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.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2024* para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que en el *Aviso anual de cambios* se informan los cambios en los costos y beneficios de Medicare.

Estaremos realizando cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<i>Programa de Nutrición</i>	\$150 cada trimestre para alimentos saludables, aprobados. Calificaciones aplican.	<i>\$200</i> cada trimestre para alimentos saludables, aprobados. <i>Este beneficio es para todos los Miembros con Subsidio de Bajos Ingresos (LIS por sus siglas en inglés).</i>
<i>Dental</i>	\$3,500 anuales para revisión dentales, radiografías, limpiezas rutinarias, rellenos, extracciones, implantes, dentaduras y mucho más.	<i>\$4,000</i> anuales para revisión dentales, radiografías, limpiezas rutinarias, rellenos, extracciones, implantes, dentaduras y mucho más.
<i>Productos de Venta Libre</i>	\$300 cada trimestre para artículos del mostrador y productos de higiene.	<i>\$340</i> cada trimestre para artículos del mostrador y productos de higiene.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<i>Asistencia para Servicios Públicos</i>	<i>Beneficio no cubierto</i>	<i>\$50 mensuales para ayudar con el pago de cualquiera de los siguientes servicios públicos; gas, agua o electricidad. Este beneficio es para todos los Miembros con asistencia de Subsidio de Bajos Ingresos (LIS por sus siglas en inglés). La asignación mensual no se transfiere.</i>

Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se incluye se envía 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 visita nuestro sitio web (ephmedicare.com).

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos 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. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente medicamentos considerados inseguros por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

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 para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Existen cuatro “**etapas de pago de los medicamentos**”. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D.</p>	<p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>	<p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga \$0 copago o \$1.45 copago o \$4.15 copago o 15% coaseguro</p> <p>Todas las demás: Usted paga \$0 copago o \$4.30 copago o \$10.35 copago o 15% coaseguro.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga \$0 copago o \$1.55 copago o \$4.50 copago o 15% coaseguro</p> <p>Todas las demás: Usted paga \$0 copago o \$4.60 copago o \$11.20 copago o 15% coaseguro</p> <p>Hemos eliminado cualquier copago o costo de la Parte D. Su copago para medicamentos recetados es de \$0.</p>

Cambios en su beneficio de la Parte D de VBID

Hemos eliminado cualquier copago o costo compartido para la Parte D. Su copago o costo para medicamentos recetados es \$0.

Cambios en la brecha de cobertura y las etapas de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa de brecha de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de Brecha de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica.**

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1. – Si desea seguir inscrito en *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiarse de plan, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 7.3) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
 - *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cómo cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **períodos de inscripción especial**:

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En *Texas*, el SHIP se denomina Programa de Consejería y Defensa de Información de Salud de Texas (HICAP por sus siglas en inglés).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del *Programa de Consejería y Defensa de Información de Salud de Texas (HICAP por sus siglas en inglés)* pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con *Programa de Consejería y Defensa de Información de Salud de Texas (HICAP por sus siglas en inglés)* llamando al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre *Programa de Consejería y Defensa de Información de Salud de Texas (HICAP por sus siglas en inglés)* visite su sitio web (www.tdi.texas.gov).

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de *Texas*, comuníquese con *Salud y Servicios Humanos de Texas para beneficios de Medicaid*, número gratuito al 1-877-541-7905, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. o visite el sitio web a www.yourtexasbenefits.com. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Como usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también denominada Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga parte de las primas de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coaseguro. Ya que usted reúne los requisitos, no tiene un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - La Administración del 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 deben llamar al 1-800-325-0778.
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** *Texas* tiene un programa denominado *Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para el VIH de Texas (SPAP)* y *Programa de Atención Médica Renal de Texas* que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.

- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de *Texas Programa de medicamentos para el VIH (THMP)* y *Programa de Atención de la Salud Renal*. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a *Texas Programa de medicamentos para el VIH (THMP)* al-800-255-1090 y *Programa de Atención de la Salud Renal* al 1-800-222-3896.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 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 2024* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024 para El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En nuestro sitio web ephmedicare.com encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en ephmedicare.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Leer *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*

Lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*. Cada otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

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

