

Un Plan de Medicare Advantage

PARA EL PASO. POR PERSONAS DE EL PASO.



Resumen de Beneficios 2026

El Paso Health Giveback (HMO)



Lista de Verificación Previa a la Inscripción

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglamento. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de atención al cliente al 1-833-742-2121 (TTY: 711). Nuestro horario es:

- 1 de octubre - 31 de marzo, 8 a.m. a 8 p.m. siete días a la semana
- 1 de abril - 30 de septiembre, 8 a.m. a 8 p.m. lunes a viernes

ENTENDER LOS BENEFICIOS

- ✓ La Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite ephmedicare.com para ver una copia de la EOC o llame al 1-833-742-2121 para solicitarla.
- ✓ Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén en la red. Si no están en la lista, probablemente deba seleccionar un nuevo médico.
- ✓ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para sus medicamentos recetados esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, probablemente deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- ✓ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

ENTENDER REGLAS IMPORTANTES

- ✓ Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes, a menos que la paguen los beneficios de Medicaid de su estado.
- ✓ Los beneficios, las primas o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- ✓ Efecto en la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura podría verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos cancelar su póliza Medigap, ya que estará pagando por una cobertura que no puede usar.
- ✓ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).

Resumen de Beneficios

Su cobertura El Paso Health Giveback (HMO) local es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y Cobertura de Medicamentos Recetados con un contrato de Medicare. La inscripción en El Paso Health Giveback (HMO) depende de la renovación del contrato.

Este es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por El Paso Health Giveback (HMO) del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. No incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura". También puede consultar nuestra Evidencia de Cobertura en línea en ephmedicare.com.

Para ser elegible para unirse a El Paso Health Giveback (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

COMO CONTACTARNOS

- Número de Teléfono: 1-833-742-2121, Usuarios de TTY: 711
- Fax: 915-532-2286
- Correo Electrónico: medicare@elpasohealth.com
- Sitio de Web: ephmedicare.com

HORARIO DE ATENCIÓN

Nos puede llamar en los siguientes horarios:

1 de octubre - 31 de marzo, 8 a.m. a 8 p.m. 7 días a la semana

1 de abril - 30 de septiembre, 8 a.m. a 8 p.m. lunes a viernes

¿CUALES DOCTORES, HOSPITALES Y FARMACIAS PUEDO USAR?

El Paso Health Giveback (HMO) tiene una red de doctores, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores. Excepto en situaciones de emergencia, puede ser que no paguemos por servicios que use con proveedores que no estén en nuestra red. Generalmente debe usar farmacias dentro de la red para surtir todas sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D. Puede ver nuestro directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web en ephmedicare.com o llámenos y le enviaremos una copia del directorio de proveedores y farmacias.

¿CUALES SERVICIOS CUBRIMOS?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre el Medicare Original - ¡y más! Los beneficios adicionales se delinean en este libreto. Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B tales como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web en ephmedicare.com o llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

MANUAL “MEDICARE Y USTED”

Si desea acceder una copia del manual “Medicare y Usted”, vaya a <https://www.medicare.gov/pub/medicare-you-handbook> o si gusta una copia por correo, llame a Medicare al 1-800-633-4227, usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Prima Mensual, Deducible y Costos del Plan

PRIMA MENSUAL DEL PLAN

\$0

Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.

REDUCCIÓN DE LA PRIMA DE LA PARTE B

Su plan ha reducido \$120 de su prima Mensual de la Parte B para el 2026.

DEDUCIBLE MÉDICO

Este plan no tiene un deducible médico.

DEDUCIBLE (DE LA PARTE D) DE FARMACIA

Este plan tiene un deducible de \$615 por año.

MÁXIMO DESEMBOLSO PERSONAL

\$8,450

Lo más que usted pagará de copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos al año.

COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS

1-5 Días	copago de \$400 por día
6-90 Días	copago de \$0 por día

COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

copago de \$0 para centros de atención de Cateterismo Cardíaco y Clínica Ambulatoria
copago de \$500 para todos los demás servicios de Instalaciones Hospitalarias para Pacientes Ambulatorios.

Se requiere autorización.

SERVICIOS DEL CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA (ASC, por sus siglas en inglés)

copago de \$400, *Se requiere autorización.*

VISITAS MÉDICAS

Proveedor de Atención Primaria	copago de \$0
Especialista	copago de \$35

CUIDADO PREVENTIVO

copago de \$0

Su plan cubre todos los servicios preventivos de Medicare incluyendo:

- Detección de aneurisma aórtico abdominal
- Detección y asesoramiento sobre abuso de alcohol
- Visita anual de bienestar (AWV, por sus siglas en inglés)
- Medición de masa ósea
- Detección de cáncer de mama (mamografía)
- Detección de enfermedades cardiovasculares
- Detección cervical y vaginal
- Detección de depresión
- Detección de diabetes
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Detección de glaucoma
- Detección de VIH
- Vacunas
- Detección de cáncer de pulmón
- Terapia nutricional médica
- Detección y tratamiento de la obesidad
- Detección de cáncer de próstata
- Examen físico de rutina
- Detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)
- Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"

Se cubrirán los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

copago de \$115

Si ingresa al mismo hospital dentro de las 24 horas, no tendrá que pagar el copago por atención de emergencia. En su lugar, deberá pagar el copago por hospitalización.

SERVICIOS URGENTEMENTE NECESARIOS

PCP	copago de \$0
Instalación	copago de \$40

Se brindan servicios de urgencia para tratar condiciones que no son emergencias y que requieren atención médica inmediata.

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIOS E IMAGENOLOGÍA

Servicio	En oficina	En centro de atención
Laboratorios	copago de \$0	copago de \$15
Servicios de radiología diagnóstica (resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones)	copago de \$75	copago de \$200
Radiología terapéutica (radioterapia) <i>Se requiere autorización</i>	coseguro de 20%	coseguro de 20%
Servicios de radiografía para pacientes ambulatorios	copago de \$0	copago de \$70

SERVICIOS DE AUDICIÓN

Servicios cubiertos obligatorios	copago de \$30. Debe ver a un especialista en nuestra red.
Beneficios supplementales opcionales	copago de \$525 para un dispositivo auxiliar auditivo de entrada copago de \$700 para un dispositivo auxiliar auditivo básico copago de \$1000 para un dispositivo auxiliar auditivo principal Los auxiliares auditivos están cubiertos. Debe consultar un proveedor de la red para este servicio.

SERVICIOS DENTALES

Servicios cubiertos obligatorios	copago de \$35
Beneficios supplementales opcionales	copago de \$0 por examen bucal copago de \$0 por radiografías dentales copago de \$0 por servicios de diagnóstico dental <i>Se requiere autorización</i> copago de \$0 por profilaxis (limpieza) copago de \$0 por tratamiento con flúor copago de \$0 por servicios de restauración copago de \$0 por servicios de periodoncia copago de \$0 por prótesis removibles copago de \$0 por cirugía oral y maxilofacial copago de \$0 por servicios generales complementarios \$750 de cobertura de beneficio máximo combinado por año para diagnóstico/prevención y beneficios integrales.

Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones. Es posible que los beneficios dentales de este plan no cubran todos los códigos de procedimiento. Los servicios no mencionados no estarán cubiertos por el plan y serán responsabilidad del miembro. Nuestro proveedor dental es Liberty Dental. Debe consultar con un proveedor de la red para usar este servicio.

SERVICIOS DE LA VISTA

Servicios cubiertos obligatorios	copago de \$35
Beneficios suplementales opcionales	copago de \$0 para un examen de la vista de rutina cada año
	\$200 monto de cobertura máxima de beneficio por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y marcos), adaptación para anteojos (lentes y marcos).

Los servicios no mencionados no estarán cubiertos por el plan y serán responsabilidad del miembro. Nuestro proveedor de servicios de la vista es Envolve Vision. Debe consultar con un proveedor de la red para usar este servicio.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados	1-5 Días	copago de \$400 por día
	6-90 Días	copago de \$0 por día
	<i>Se requiere autorización para este servicio.</i>	
Visitas de Terapia de salud mental		\$35 para sesiones individuales
		\$35 para sesiones de grupo
Servicios ambulatorios de abuso de sustancias		\$35 para sesiones individuales
		\$35 para sesiones de grupo

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

1-20 Días	copago de \$0 por día
21-100 Días	copago de \$214 por día

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de enfermería especializada.
Se requiere autorización.

FISIOTERAPIA

En oficina	copago de \$0
En centro de atención	copago de \$50

AMBULANCIA

Terrestre	copago de \$250 por fecha de servicio
Aérea	coseguro de 20%
	<i>Se requiere autorización para servicios de Medicare que no sean emergencia.</i>

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Medicamentos de quimioterapia Hospital ambulatorio coseguro de 20% Se requiere autorización
Oficina especial coseguro de 20% Se requiere autorización

Otros medicamentos de la Parte B coseguro de 20% Se requiere autorización

Insulina de la Parte B

Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de insulina.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA - DE LA PARTE D

Deducible deducible anual de \$615

Costos de Insulina copago de \$35 para suministro de un mes

Vacunas copago de \$0 para vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (AICP, por sus siglas en inglés)

COBERTURA INICIAL

El total anual de desembolso personal para medicamentos este año es de \$2,100. Al alcanzar esta cantidad, entrará en la Etapa Catastrófica.

COSTOS COMPARTIDOS DE FARMACIA

Suministro Diario	Costo Compartido Minorista <small>Incluye todas las farmacias minoristas de la red.</small>		Pedido Por Correo Estándar <small>Costo compartido</small>		Centro de Atención a Largo Plazo <small>Costo compartido</small>	
	30-días	100-días	30-días	100-días	31-días	100-días
Nivel 1: Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3: Marca preferida	20%	20%	20%	20%	20%	N/A
Nivel 4: Medicamento no preferido	27%	27%	27%	27%	27%	N/A
Nivel 5: Medicamentos especializados	25%	25%	25%	25%	25%	N/A
Nivel 6: Medicamentos suplementarios	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

COBERTURA CATASTRÓFICA

Una vez que sus costos totales de desembolso personal alcancen los \$2,100, usted pagará \$0 por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

AYUDA ADICIONAL

Si recibe "Ayuda Adicional" para sus medicamentos, tendrá un deducible de \$0.

Antes de alcanzar su límite anual de gastos de desembolso personal de \$2,100, pagará una de las siguientes opciones, según su nivel de "Ayuda Adicional":

- Copago de \$1.60 o
- Copago de \$4.90 o
- Copago de \$5.10 o
- Copago de \$12.65
- \$0 por todos los medicamentos complementarios

Después de alcanzar su límite anual de gastos de desembolso personal de \$2,100, pagará \$0 por el resto del año calendario, independientemente del nivel de "Ayuda Adicional" que reciba. Encontrará información adicional en su cláusula adicional de LIS.

Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija, cuándo ingrese a otra fase del beneficio de la Parte D y si califica para "Ayuda Adicional". Para saber si califica para la "Ayuda Adicional", comuníquese con la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Para obtener más información sobre su beneficio de medicamentos recetados, llámenos o consulte su Evidencia de Cobertura en línea.

Si reside en un centro de atención a largo plazo dentro de la red, paga lo mismo que en una farmacia minorista dentro de la red. En ciertas situaciones, puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más que en una farmacia dentro de la red.

BENEFICIOS MÉDICOS ADICIONALES

Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	copago de \$15, Se requiere autorización
Servicios de podología (cubiertos por Medicare)	copago de \$35

EQUIPO/SUMINISTROS MÉDICOS

Suministros para el control de la diabetes	copago de \$0
Zapatos/plantillas terapéuticos para diabéticos	copago de \$0. Se requiere autorización
Equipo médico duradero	coseguro de 20%. Se requiere autorización
Prótesis y suministros relacionados	coseguro de 20%. Se requiere autorización

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Servicios de rehabilitación cardíaca	copago de \$25, Se requiere autorización
Terapia ocupacional	copago de \$35, Se requiere autorización
Rehabilitación pulmonar	copago de \$25. Se requiere autorización
Fisioterapia y terapia del habla	copago de \$0 en visita de oficina
	copago de \$50 en centro de atención <i>Se requiere autorización</i>

BENEFICIOS EXTRA

Como miembro de El Paso Health Giveback (HMO), usted tiene los siguientes beneficios incluidos en este plan. Este resumen no incluye todos los servicios, limitaciones ni exclusiones. Su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) proporciona una lista completa de los servicios cubiertos. Llámenos para solicitar una copia de la EOC al 1-833-742-2121 o visite nuestro sitio web, ephmedicare.com.



Programa de Ejercicio

Una membresía premium (Black Card) en Planet Fitness. Como miembro tiene acceso a cualquier centro Planet Fitness local o una membresía mensual en cualquier instalación local de YMCA. Debe elegir Planet Fitness o YMCA como su programa de ejercicio pero no puede elegir los dos.



Beneficio de comidas

Como miembro recibe hasta 14 comidas después de haber sido dado de alta de un hospital o centro de enfermería especializada.



Línea de enfermería de 24-horas

Los miembros tienen acceso a una línea de asesoramiento médico de 24-horas disponible 7 días a la semana. La línea de enfermería es atendida por enfermeras y farmacéuticos bilingües.



Para más información:

Llame al 1-833-742-2121

Usuarios de TTY llamen al 711

o visítenos en
ephmedicare.com