

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) ofrecido por Providence Health Assurance

Aviso Anual de Cambios para 2026

Usted está actualmente inscrito como miembro de Providence Medicare Dual Plus (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 une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)*.
- Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Hay más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC o llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español, vietnamita, ruso, árabe, chino (simplificado) y somalí.
- Llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en múltiples formatos, entre ellos, tamaño de letra grande y braille.

Acercas de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

- Providence Health Assurance es una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), un Punto de servicio (Point-of-Service, POS) de una HMO y un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) de una HMO que tiene contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.
- Nuestro plan también tiene un contrato por escrito con el programa de Medicaid de Oregon para coordinar sus beneficios de Medicaid.

- Cuando en este material dice "nosotros" o "nuestro", hace referencia a Providence Health Assurance. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- **Si al 7 de diciembre de 2025 no hace nada, quedará inscrito automáticamente en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura de atención médica y medicamentos a través de *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y sobre los plazos para hacer un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan.....	6
Sección 1.2 Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D	10
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos con receta	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	13
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	14
Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan	15
Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?	15
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta	16
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	17
Obtenga ayuda de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)	17
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	17
Obtenga ayuda de Medicare	18
Obtenga ayuda de Medicaid	18

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Cantidad máxima que paga de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$9,350 Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo que se contará para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$9,250 Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo que se contará para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Consultas en consultorio de atención primaria	\$0 por consulta	\$0 por consulta
Consultas en consultorio a especialistas	\$0 por consulta	\$0 por consulta
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del	\$0 por hospitalización	\$0 por hospitalización

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
doctor. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.		
Deducible de cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles).	Deducible: \$0	Deducible: \$0
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: - No paga nada para los medicamentos genéricos. - No paga nada para todos los demás medicamentos. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Para los medicamentos genéricos, paga un copago de \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento con receta. Para todos los demás medicamentos, paga un copago de \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento con receta. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año**Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0 No hay cambio para el próximo año de beneficios.

Sección 1.2 Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Una vez que alcance esta cantidad, por lo general, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos por el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cantidad máxima que paga de su bolsillo Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo que se contará para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.	\$9,350	\$9,250 Cuando haya pagado \$9,250 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos por el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con el Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos asistirlo. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red se va de nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren *solamente* si los obtiene en una de las farmacias de la red.

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

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos asistirlo.

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

El *Aviso Anual de Cambios* le brinda información sobre los cambios en los beneficios y costos de Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios quiroprácticos y acupuntura cubiertos por Medicare	No se requiere autorización previa	Se puede requerir autorización previa
Transporte no médico	36 viajes sencillos (proporcionados con el modelo de Diseño de seguro basado en el valor [Value-Based Insurance Design, VBID])	24 viajes sencillos (proporcionado con el beneficio complementario especial para personas con enfermedades crónicas [Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI]¹

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios odontológicos no cubiertos por Medicare	Asignación de \$1,900 por año calendario para cualquier servicio odontológico de su elección	Asignación de \$450 cada seis meses para cualquier servicio odontológico de su elección
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	No se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación iniciales; sin embargo, las consultas posteriores pueden requerir autorización	Se puede requerir autorización previa para los servicios de rehabilitación iniciales y las consultas posteriores
Artículos de venta libre	Asignación de \$150 cada tres meses	Asignación de \$40 cada tres meses
Anteojos o lentes de contacto de rutina	Asignación de hasta \$250 por año calendario para cualquier combinación de lentes y accesorios con receta de rutina	Asignación de hasta \$150 por año calendario para cualquier combinación de lentes y accesorios con receta de rutina
Alimentos y productos agrícolas del SSBCI¹	Asignación de \$250 cada tres meses	Asignación de \$200 cada tres meses

¹ Este beneficio es parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Los miembros con diabetes mellitus, afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes, trastornos cardiovasculares, trastornos pulmonares crónicos, trastornos neurológicos y otras afecciones elegibles no indicadas pueden calificar para recibir este beneficio. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar únicamente sobre la base de su afección. Se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes de que se proporcione el beneficio. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicio al cliente.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de Medicamentos. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de Medicamentos de forma electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos, o su traslado a un nivel de costo compartido diferente. **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, o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de Medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez por mes para ofrecer la Lista de Medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está recibiendo, le enviaremos un aviso al respecto.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos al principio del año o durante el transcurso del mismo, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su doctor para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

¿Recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos (Ayuda Adicional), **es posible que la información sobre los costos para los medicamentos de la Parte D no se aplique a su caso.** Incluimos un material por separado, llamado *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Anexo de Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos con receta)*, que indica los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibió este material con este paquete, llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (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 en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período de cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: deducible anual***

Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

- ***Etapa 2: cobertura inicial***

Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. En general usted permanece en esta etapa hasta que los costos de su bolsillo del año hasta la fecha alcancen \$2,100.

- ***Etapa 3: cobertura en situaciones catastróficas***

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

El Programa de descuentos para el período de cobertura se ha reemplazado con el Programa de descuentos de fabricantes. En el marco del Programa de descuentos de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los productos biológicos y medicamentos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que pagan los fabricantes en virtud del Programa de descuentos de fabricantes no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: deducible anual

La tabla muestra su costo por medicamento con receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: cobertura inicial

La tabla muestra su costo por medicamento con receta para un suministro para un mes (30 días) obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

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

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	No paga nada para los medicamentos genéricos. No paga nada para todos los demás medicamentos.	Para los medicamentos genéricos, paga un copago de \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento con receta. Para todos los demás medicamentos, paga un copago de \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento con receta.

Cambios en su beneficio de VBID de la Parte D

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) han eliminado el modelo VBID, incluido el beneficio complementario de \$0 de la Parte D, de todos los planes de Medicare a partir de 2026. El costo compartido correspondiente para 2026 se indica en la tabla anterior.

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Horario de Servicio al cliente	El horario es de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.	Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m.
Suministros de pruebas para diabéticos (medidores y tiras) obtenidos a través de la farmacia	Los productos preferidos son productos marca Roche (Accu-Chek) y productos marca Lifescan (OneTouch)	Los productos preferidos son productos marca Roche (Accu-Chek) y productos marca Abbott (Freestyle).
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que empezó este año y puede ayudarlo a manejar los costos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan al repartirlos en el año calendario (enero a diciembre). Puede participar en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 855-742-2779 (los usuarios de TTY deben

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		llamar al 711) o visite www.Medicare.gov .

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para quedarse en *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*, no tiene que hacer nada. Salvo que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en el plan *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*.

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

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) *se cancelará automáticamente*.
- **Para cambiarse a Original Medicare con la cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el plan de medicamentos de Medicare nuevo. Su inscripción en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) *se cancelará automáticamente*.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (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 pida que se cancele su 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 de la Parte D (consulte la Sección 4.3 del Capítulo 1 de su *Evidencia de cobertura*).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, revise el manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, Providence Health Assurance ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y las cantidades de costo compartido.

Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura desde **el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre** cada año.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026, y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos separada de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras posibilidades para cambiar su cobertura durante el año. Los ejemplos incluyen a las personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla
- Se van a trasladar fuera del área de servicio

Como usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía del plan al elegir una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si escoge esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática). O,
- Si reúne los requisitos, un D-SNP integral que le proporcione los beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos separada de Medicare) en cualquier momento. Si acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasar a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en el que salga de esta.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. 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 coseguro. Además, las personas que reúnen los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para ver si reúne los requisitos, llame a:
 - 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 oficina 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. Hay mensajes automáticos disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia para el costo compartido de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con el costo compartido de los medicamentos con receta a través de CAREAssist. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo seguir recibiendo ayuda, llame a CAREAssist al 971-673-0144 o al 1-800-805-2313 (TTY 711). Al llamar, asegúrese de informar su nombre o número de póliza del plan de la Parte D de Medicare.
- **Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a manejar los costos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan al repartirlos en el año calendario (enero a diciembre). Las personas 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) pueden usar esta opción de pago. **Esta**

opción de pago podría ayudarlo a manejar sus gastos, pero no hace que ahorre dinero ni que disminuya los costos de sus medicamentos.

La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda del ADAP, para quienes reúnen los requisitos, son más beneficiosas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción de pago del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Reciba ayuda de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

- **Llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para recibir llamadas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. 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 detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2026* para *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan de beneficios. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC o llamando al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia.

- **Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de Medicamentos).

Reciba asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Oregon, el SHIP se llama Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para Personas Mayores (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA).

Llame al SHIBA para obtener asesoramiento personalizado sobre el seguro de salud. Pueden ayudarlo a entender sus elecciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al SHIBA al 1-800-722-4134 (TTY 711). Infórmese más sobre el SHIBA visitando www.shiba.oregon.gov.

Reciba ayuda de Medicare

- **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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo en www.Medicare.gov**

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre el costo, la cobertura y calificaciones de calidad con estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare de su área.

- **Lea *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)***

El manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026) se envía por correo a las personas de Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de 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.

Reciba ayuda de Medicaid

Llame a Oregon Health Plan (Medicaid) al 1-800-273-0557. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 *para obtener ayuda con la inscripción en Medicare o si tienen preguntas sobre los beneficios.*