

## ***Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO) ofrecido por Providence Health Assurance***

### **Aviso Anual de Cambios para 2026**

Usted está inscrito como miembro de Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO).

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 Sycamore + Rx (HMO).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite [www.Medicare.gov](http://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](http://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 documento está disponible de forma gratuita en español y vietnamita.
- 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.

#### **Acerca de Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)**

- 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.

- 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 Sycamore + Rx (HMO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, quedará inscrito automáticamente en Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura de atención médica y medicamentos a través de Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y sobre los plazos para hacer un cambio.

## Índice

<b>Resumen de costos importantes para 2026.....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>8</b>
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan .....	8
Sección 1.2 Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo .....	8
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores .....	9
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias .....	9
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	10
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D .....	12
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos con receta.....	12
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan .....</b>	<b>18</b>
Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan .....	18
Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio? .....	19
<b>SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>20</b>
Obtenga ayuda de Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO) .....	20
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	21
Obtenga ayuda de Medicare .....	21

**Resumen de costos importantes para 2026**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>* Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$0	\$0
<p><b>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</b></p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	\$400	\$400
<p><b>Consultas en consultorio de atención primaria</b></p>	\$0 por consulta	\$0 por consulta
<p><b>Consultas en consultorio a especialistas</b></p>	\$0 por consulta	\$0 por consulta
<p><b>Hospitalizaciones</b></p> <p>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 doctor. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	\$0 por hospitalización	\$0 por hospitalización

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
<p><b>Deducible de cobertura para medicamentos de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles).</p>	Deducible: \$0	<b>Deductible: \$0</b>
<p><b>Cobertura para medicamentos de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1: \$0 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red preferida o \$16 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red.</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2: \$0 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red preferida o \$20 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red.</li> </ul>	<p><b>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 1: \$0 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red preferida o \$16 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red.</b></li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2: \$0 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red preferida o \$20 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red.</b></li> </ul>

	<p><b>2025 (este año)</b></p>	<p><b>2026 (próximo año)</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 3: \$40 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red preferida o \$47 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 3: \$40 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red preferida o \$47 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red.</b></li> </ul>
	<p>Usted paga \$35 por cada suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 4: \$100 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red preferida o \$100 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red.</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por cada suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p><b>Usted paga \$35 por cada suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 4: \$100 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red preferida o \$100 por cada suministro para un mes en una farmacia de la red.</b></li> </ul> <p><b>Usted paga \$35 por cada suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b></p>

	<p style="text-align: center;"><b>2025 (este año)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>2026 (próximo año)</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 5: 33 % del costo total en una farmacia de la red preferida o 33 % del costo total en una farmacia de la red.</li> </ul> <p style="text-align: center;">Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p style="text-align: center;">Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 5: 33 % del costo total en una farmacia de la red preferida o 33 % del costo total en una farmacia de la red.</b></li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.</b></p>

**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)
<p><b>Prima mensual del plan*</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).</p>	\$0	<p>\$0</p> <p>No hay cambios para el próximo año de beneficios.</p>
<p><b>Reducción de la prima de la Parte B</b></p>	Sin reducción de la prima de la Parte B	\$10

**Factores que podrían cambiar la cantidad de su prima de la Parte D**

- Multa por inscripción tardía - Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más elevados - Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar una cantidad adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos de Medicare.

**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)
<p><b>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</b></p> <p>Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) <b>se tienen en cuenta</b> para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p> <p>Los costos de sus medicamentos con receta <b>no se tienen en cuenta</b> para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p>	\$400	<p><b>\$400</b></p> <p><b>Una vez que haya pagado \$400 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</b></p> <p>No hay ningún cambio para el próximo año de beneficios.</p>

**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 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. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

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**

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
<b>Atención alternativa: Servicios de quiropráctica de rutina (no de Medicare), acupuntura de rutina (no de Medicare) y naturopatía</b>	Cubierto	<b>No está cubierto</b>
<b>Atención de emergencia</b>	\$125	<b>\$150</b>
<b>Audífonos</b>	Copago de \$399 por audífonos Advanced o copago de \$699 por audífonos Premium	<b>Copago de \$499 por audífonos Standard, copago de \$699 por audífonos Advanced o copago de \$999 por audífonos Premium</b>
<b>Servicios quiroprácticos y acupuntura cubiertos por Medicare</b>	No se requiere autorización previa	<b>Se puede requerir autorización previa</b>
<b>Transporte médico que no sea de emergencia</b>	Cubierto	<b>No está cubierto</b>
<b>Servicios odontológicos no cubiertos por Medicare</b>	Asignación de \$2,700 por año calendario para cualquier servicio odontológico de su elección	<b>Asignación de \$350 cada seis meses para cualquier servicio odontológico de su elección</b>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b>	No se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación iniciales; sin embargo, las consultas posteriores pueden requerir autorización	<b>Se puede requerir autorización previa para los servicios de rehabilitación iniciales y las consultas posteriores</b>
<b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b>	Recibe una tarjeta de débito precargada, con una prestación de \$190 cada tres meses que puede utilizar para adquirir artículos de venta libre aprobados.	<b>No está cubierto</b>
<b>Sistema de respuesta de emergencia personal</b>	Cubierto	<b>No está cubierto</b>
<b>Lentes y accesorios de rutina</b>	Asignación de hasta \$250 por año calendario para cualquier combinación de lentes y accesorios con receta de rutina	<b>No está cubierto</b>
<b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	\$50 por día para los días 21 a 100	<b>\$100 por día para los días 21 a 100</b>

## 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 participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Hemos incluido un material por separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta), que le informa sobre 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)
<b>Deducible anual</b>	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	<b>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</b>

**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 y preferido.

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).

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
<b>Nivel 1 (Genérico preferido):</b>	<p>Costo compartido estándar: Usted paga \$16 por receta.</p> <p>Costo compartido preferido: Usted paga \$0 por receta.</p>	<p><b>Costo compartido estándar: Usted paga \$16 por receta.</b></p> <p><b>Costo compartido preferido: Usted paga \$0 por receta.</b></p>
<b>Nivel 2 (Genérico):</b>	<p>Costo compartido estándar: Usted paga \$20 por receta.</p> <p>Costo compartido preferido: Usted paga \$0 por receta.</p>	<p><b>Costo compartido estándar: Usted paga \$20 por receta.</b></p> <p><b>Costo compartido preferido: Usted paga \$0 por receta.</b></p>
<b>Nivel 3 (Marca preferida):</b>	<p>Costo compartido estándar: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Costo compartido preferido: Usted paga \$40 por receta.</p>	<p><b>Costo compartido estándar: Usted paga \$47 por receta.</b></p> <p><b>Costo compartido preferido: Usted paga \$40 por receta.</b></p>

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
	Su costo por receta por un suministro de un mes mediante pedido por correo es de \$40.	<b>Su costo por receta por un suministro de un mes mediante pedido por correo es de \$40.</b>
<b>Nivel 4 (Medicamento no preferido):</b>	Costo compartido estándar: Usted paga \$100 por receta.	<b>Costo compartido estándar: Usted paga \$100 por receta.</b>
	Costo compartido preferido: Usted paga \$100 por receta.	<b>Costo compartido preferido: Usted paga \$100 por receta.</b>
<b>Nivel 5 (De especialidad):</b>	Costo compartido estándar: Usted paga 33 % por receta.	<b>Costo compartido estándar: Usted paga 33 % por receta.</b>
	Costo compartido preferido: Usted paga 33 % por receta.	<b>Costo compartido preferido: Usted paga 33 % por receta.</b>

**Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

Si alcanza la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.

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**

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
<b>Horario de Servicio al cliente</b>	El horario es de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.	<b>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.</b>
<b>Suministros de pruebas para diabéticos (medidores y tiras) obtenidos a través de la farmacia</b>	Los productos preferidos son productos marca Roche (Accu-Chek) y productos marca Lifescan (OneTouch)	<b>Los productos preferidos son productos marca Roche (Accu-Chek) y productos marca Abbott (Freestyle).</b>
<b>Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare</b>	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.	<b>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.</b> <b>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 855-742-2779 (los usuarios de TTY</b>

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (próximo año)</b>
		<b>deben llamar al 711) o visite <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>.</b>

## SECCIÓN 3    Cómo cambiar de plan

---

**Para seguir en Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO), no es necesario que haga nada.** Salvo que se inscriba en un plan diferente o cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO).

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 Sycamore + Rx (HMO) 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 Sycamore + Rx (HMO) 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 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare**, visite [www.Medicare.gov](http://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

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 asistencia para el costo compartido de medicamentos a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) de California. 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 al 1-916-449-5900. 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 SPAP y 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 1-855-742-2779 (los usuarios de TTY deben llamar al 486-2048) o visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

## **SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?**

---

### **Obtenga ayuda de Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)**

- **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 Sycamore + Rx (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la

descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC) o llamando a 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](http://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 California, el SHIP se conoce como el programa de asesoramiento y defensa de seguros de salud (*California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP*). Llame al HICAP para obtener asesoramiento personalizado sobre el seguro de salud. Pueden ayudarlo a entender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al HICAP al 1-800-434-0222 (TTY 1-800-735-2929). Obtenga más información sobre el HICAP en <http://www.aging.ca.gov/hicap/>.

### **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](http://www.Medicare.gov)**

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite [www.Medicare.gov](http://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 las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.