Provider Partners Illinois Advantage Plan (HMO I-SNP) ofrecido por Provider Partners Health Plans

Aviso anual de cambios para 2027

Se ha inscrito como miembro de Provider Partners Illinois Advantage Plan.

En este material se describen los cambios que habrá en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- Para tener un **plan diferente**, puede cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite es.Medicare.gov o revise la lista que aparece en la parte posterior del manual *Medicare y Usted 2027*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Puede encontrar más información sobre costos, beneficios o normas, en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en www.pphealthplan.com o llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible gratis en español.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Este material podría estar disponible en otros formatos, como Braille y letra grande.

Acerca de Provider Partners Illinois Advantage Plan

- Provider Partners Illinois Advantage Plan es un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), con un contrato de Medicare. La inscripción en Provider Partners Health Plans se hace mediante renovación de contrato.
- Cuando en este material figura “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a Provider Partners Health Plans. Cuando figura “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Provider Partners Illinois Advantage Plan.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se lo inscribirá automáticamente en Provider Partners Illinois Advantage Plan.** A partir del 1 de enero de 2027, tendrá cobertura médica y de medicamentos mediante Provider Partners Illinois Advantage Plan. Consulte la Sección 3.1 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacerlo.

OMB Approval 0938-1051 (Vencimiento: 31 de julio de 2029)

Índice

Resumen de costos importantes para 2027 3

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 6
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 6
Sección 1.2 Cambios en el gasto máximo de bolsillo 6
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 7
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 7
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 los medicamentos con receta 11

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 13

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 13
Sección 3.1 Plazos para cambiarse de plan 14
Sección 3.2 ¿Se puede hacer un cambio en otro momento del año? 14

SECCIÓN 4 Recibir ayuda para pagar medicamentos con receta 15

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas? 16
Obtener ayuda de Provider Partners Illinois Advantage Plan 16
Obtener asesoramiento gratuito sobre Medicare 16
Obtener ayuda de Medicare 17

Resumen de costos importantes para 2027

Estos son los importes de costo compartido para 2026 y pueden cambiar para 2027. Provider Partners Illinois Advantage Plan proporcionará las tarifas actualizadas según se publiquen.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener información detallada.	$15.20	**$7.60**
Deducible	$283 excepto para insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero	**$283 excepto para insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero.** **Estos son los importes de costo compartido para 2026 y pueden cambiar para 2027. Provider Partners Health Plans proporcionará las tarifas actualizadas en www.pphealthplan.com según se publiquen.**
Gasto máximo de su bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener información detallada).	$9,250	**$9,850**
Visitas al consultorio de un médico de cuidado primario	20 % del costo total por consulta	**20 % del costo total por consulta**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Visitas al consultorio de un especialista	20 % del costo total por consulta	**20 % del costo total por consulta**
Hospitalizaciones Incluye diversas hospitalizaciones, entre ellas, por cuidados agudos, rehabilitación y cuidados a largo plazo. La hospitalización comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden del médico y finaliza el día anterior al día en que le dan el alta.	Deducible de $1,736 por cada período de beneficios de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. Días 1-60: $0 por cada día después de pagar su deducible. Días 61-90: $434 cada día. Días 91-150: $868 cada día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida. Después del día 150: Usted paga todos los costos. Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos.	**Deducible de $1,736 por cada período de beneficios de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.** **Días 1-60: $0 por cada día después de pagar su deducible.** **Días 61-90: $434 cada día.** **Días 91-150: $868 cada día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.** **Después del día 150: Usted paga todos los costos.** **Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos.** **Estos son los importes de costo compartido para 2026 y pueden cambiar para 2027. Provider Partners Health Plans proporcionará las tarifas actualizadas en www.pphealthplan.com según se publiquen.**
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener información detallada, incluidas las etapas de deducible anual, cobertura inicial y cobertura de gastos médicos mayores).	Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D $615 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	**Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D** **$700 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Nivel 1 de medicamentos: 25 % del costo total. Usted paga no más de $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapa de cobertura de gastos médicos mayores: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.	**Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:** **Nivel 1 de medicamentos: 25 % del costo total. Usted paga no más de $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Etapa de cobertura de gastos médicos mayores:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.**

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	$15.20	**$7.60**

Factores que podrían cambiar el monto de la prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía: La prima mensual de su plan será *mayor* si tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por estar sin cobertura de la Parte D o de otra cobertura de medicamentos que sea de un valor similar a la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Cargo adicional por ingreso mayor: Si tiene un mayor ingreso, es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Programa Ayuda Adicional: Su prima mensual del plan será *menor* si recibe el programa Ayuda Adicional para los costos de sus medicamentos. Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre el programa Ayuda Adicional de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en el gasto máximo de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que usted paga de bolsillo durante el año. Este límite se llama gasto máximo de bolsillo. Una vez que pague este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos (y por otros servicios de salud no cubiertos por Medicare) durante el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Gasto máximo de bolsillo Sus costos de servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) **se toman en cuenta** para alcanzar su gasto máximo de bolsillo.	$9,250	**$9,850** **Una vez que haya pagado $9,850 de su bolsillo por servicios cubiertos, no pagará nada más por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.**

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Ha habido cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Consulte el *Directorio de proveedores* 2027 www.pphealthplan.com/directory-search/ para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Haga lo siguiente para obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.pphealthplan.com/directory-search/.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información vigente de los proveedores o solicite que le enviemos por correo el *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si le afecta un cambio de proveedores a mediados de año, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Puede tener un periodo de inscripción especial si su proveedor deja de estar dentro de la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el Capítulo 3 de la Sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta puede depender de la farmacia que usa. La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Ha habido cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Consulte el *Directorio de farmacias* 2027 www.pphealthplan.com/participating-pharmacies/ para saber qué farmacias están en nuestra red. Haga lo siguiente para obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.pphealthplan.com/participating-pharmacies/.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información vigente de las farmacias o solicite que le enviemos por correo el *Directorio de farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si le afecta un cambio de farmacias a mediados de año, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios dentales integrales	Las prostodoncias extraíbles, las prótesis maxilofaciales, los servicios de implantes, la cirugía bucal y maxilofacial, la ortodoncia y los servicios complementarios generales no estaban cubiertos por los Servicios Dentales Integrales.	**Las prostodoncias extraíbles, las prótesis maxilofaciales, los servicios de implantes, la cirugía bucal y maxilofacial, la ortodoncia y los servicios complementarios generales están cubiertos por los Servicios Dentales Integrales.**
Artículos para la vista	Las mejoras no tienen cobertura bajo el beneficio de artículos para la vista.	**Las mejoras tienen cobertura bajo el beneficio de artículos para la vista.**
Servicios dentales de Medicare	No se requiere autorización previa.	**Es posible que se necesite una autorización previa.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* – Vestimenta esencial	Los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas no están cubiertos.	**Usted paga $0 por una asignación anual de $200 para artículos de vestimenta esenciales, como sudaderas, pantalones deportivos, ropa interior y calcetines. Los fondos se cargan anualmente en una tarjeta de débito con gastos limitados** para usar en las tiendas minoristas participantes. Los fondos no utilizados no se traspasan al siguiente período. Esto puede tardar hasta tres meses.** * Estos son beneficios complementarios especiales disponibles solo para miembros que cumplen los requisitos. No todos los miembros cumplirán los requisitos. Los miembros a los que les diagnosticaron ciertas enfermedades crónicas y que cumplen criterios adicionales pueden ser elegibles para estos beneficios. Las enfermedades que cumplen con los requisitos pueden ser enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes y condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes. Otras enfermedades que cumplen con los requisitos que no aparecen aquí también pueden hacer que usted cumpla los requisitos. Para obtener más información sobre los requisitos, comuníquese con el plan.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		****La tarjeta prepaga Benefits Mastercard® es emitida por The Bancorp Bank N.A., conforme a una licencia de Mastercard International Incorporated, y puede utilizarse para gastos aprobados en cualquier establecimiento donde se acepte Mastercard. Mastercard y el diseño de los círculos son marcas comerciales de Mastercard International Incorporated. Válida únicamente en EE. UU. No permite retirar efectivo. Esta tarjeta no es una tarjeta de regalo ni un certificado de regalo. Usted ha recibido esta tarjeta como una gratificación, sin haber realizado ningún pago ni aportado contraprestación monetaria alguna.**
Servicios de transporte	Usted paga $0 por un máximo de 74 traslados de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.	**Usted paga $0 por un máximo de 66 traslados de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.**

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 llama formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que pueden incluir la inclusión o exclusión de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o cambios en el nivel de costos compartidos de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción, o si su medicamento cambió de nivel de costo compartido.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comenzar el año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios que están permitidos bajo las normas de Medicare, que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" al menos mensualmente para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con el profesional que receta para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o ver la posibilidad de encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

¿Recibe el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (programa Ayuda Adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D podría no aplicar en su caso.** Le enviamos material por separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta*, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe el programa Ayuda Adicional y no recibe este material antes del 30 de septiembre de 2026, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos:** la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

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

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

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

  Una vez que paga el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga el costo compartido de sus medicamentos, y usted paga su costo compartido. Usted generalmente permanece en esta etapa desde el inicio del año hasta la fecha en la que los costos totales de medicamentos alcancen los $2,400.

- ***Etapa 3: Cobertura de gastos médicos mayores***

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

Costos de los medicamentos en la etapa 1: Deducible anual

En la siguiente tabla figura el costo por cada medicamento con receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Deducible anual	$615	**$700**

Costos de los medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial

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

Una vez que haya pagado $2,400 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura de gastos médicos mayores).

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Nivel 1:	25 % del costo total	**25 % del costo total**

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Acceso al Plan de Cuidado Individualizado (ICP)	Los ICP se envían a solicitud.	**Los Planes de Atención Individualizados (ICP) están disponibles para todos los miembros y sus representantes mediante un enlace específico en el sitio web del plan (www.pphealthplan.com), lo que garantiza el acceso continuo a la información sobre la planificación del cuidado.**
Actualización de la dirección de facturación de la prima	Las primas deben enviarse por correo a la siguiente dirección: Provider Partners Health Plans 8820 Columbia 100 Parkway, Suite 430, Columbia, MD 21045	**Las primas deben enviarse por correo a la siguiente dirección: Provider Partners Health Plans P.O. Box 642105 Pittsburgh, PA 15264**

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en Provider Partners Illinois Advantage Plan, no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en otro tipo de plan de salud de Medicare o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Provider Partners *Texas* Advantage Plan.

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

- **Para cambiarse a un plan de salud diferente de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará la inscripción en Provider Partners Illinois Advantage Plan automáticamente. Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos con receta. Además, tenga en cuenta que, en muchos casos, no puede afiliarse a un plan de salud de Medicare y, al mismo tiempo, adquirir un plan de medicamentos con receta.

- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos con receta aparte de Medicare,** puede inscribirse en la Parte D y se cancelará automáticamente su inscripción en Provider Partners Illinois Advantage Plan.
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pregunte cómo cancelar la inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (consulte la Sección 3.1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite es.Medicare.gov, lea el manual *Medicare y Usted 2027*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para cambiarse de plan

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en la cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre de cada año**.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027 y no le gusta su elección, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Se puede hacer un cambio en otro momento del año?

En determinadas situaciones, es posible que algunas personas tengan otra oportunidad de cambiar la cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:

- Personas que tienen Medicaid.
- Personas que reciben el programa Ayuda Adicional para pagar los medicamentos.
- Personas que tienen cobertura de empleo o la pierden.
- Personas que se mudan fuera del área de servicio del plan.

Si se ha mudado o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si hace poco se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 Recibir ayuda para pagar medicamentos con receta

Usted puede ser elegible para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda disponibles:

- **Programa Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían ser elegibles para recibir "Ayuda Adicional" para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de los medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame al:
    - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas, los 7 días de la semana.
    - Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
    - A la oficina estatal de Medicaid.
- **Asistencia para los costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas que tienen VIH/SIDA y son elegibles para ADAP tengan acceso a los medicamentos contra el VIH. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, lo que incluye comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y 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 de costos compartidos de medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos de Illinois. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, si actualmente está inscrito o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-825-3518 o al 217-524-5983. Cuando llame, procure informarles el nombre de su plan o número de póliza de la Parte D de Medicare.
- **El plan de pago de medicamentos recetados 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 ayudarle a administrar los costos de bolsillo por medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si está participando en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y continúa en el mismo plan de la Parte D, se renovará su participación automáticamente para 2027; por lo que no tendrá que presentar una nueva solicitud con su elección para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ayudará a ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos.**

El programa Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, ofrecen más ventajas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, contáctenos al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite es.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Obtener ayuda de Provider Partners Illinois Advantage Plan

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**

  Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* 2027**

  Este *Aviso anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2027 para Provider Partners Illinois Advantage Plan. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, www.pphealthplan.com, o llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.pphealthplan.com**

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

Obtener asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Illinois, el SHIP se denomina Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores (Senior Health Insurance Program).

Llame al Programa de seguro de salud para el adulto de edad avanzada (SHIP) para recibir asesoramiento gratuito y personalizado sobre el seguro de salud. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder a sus preguntas sobre el cambio de planes. Llame al Programa de seguro de salud para el adulto de edad avanzada (SHIP) al 1-800-252-8966. Obtenga más información sobre el Programa de seguro de salud para el adulto de edad avanzada (SHIP) visitando https://ilaging.illinois.gov/ship.html.

Obtener ayuda de Medicare

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

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

- **Chatee en vivo con es.Medicare.gov**

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite es.Medicare.gov**

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

- **Lea *Medicare y Usted 2027***

  Cada otoño, el documento *Medicare y Usted 2027* se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.