

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

Aviso anual de cambios para 2026

Se ha inscrito como miembro de Provider Partners Texas 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 tener un **plan diferente**, visite es.Medicare.gov o revise la lista que aparece en la parte posterior del manual *Medicare y usted 2026*.
- 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 Texas Advantage Plan

- Provider Partners Texas 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 Medicare Advantage Plan 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 Texas Advantage Plan.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en Provider Partners Texas Advantage Plan.** A partir del 1 de enero de 2026, tendrá cobertura médica y de medicamentos mediante Provider Partners Texas Advantage Plan. Consulte la Sección 3.1 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacerlo.

H4054_001_ANOC26_M SPA

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	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	12
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	13
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	15
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	19
Sección 3.1 Plazos para cambiarse de plan	19
Sección 3.2 ¿Se puede hacer un cambio en otro momento del año?	19
SECCIÓN 4 Recibir ayuda para pagar medicamentos con receta	20
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	21
Obtener ayuda de Provider Partners Texas Advantage Plan	21
Obtener asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	22
Obtener ayuda de Medicare	22

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (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.	\$18.30	\$4.80
Deducible	\$257 excepto para insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero.	\$283 excepto para insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero.
Gasto máximo de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener información detallada).	\$9,350	\$9,250
Visitas al consultorio de un médico de cuidado primario	20 % del costo total por consulta	20 % del costo total por consulta
Visitas al consultorio de un especialista	20 % del costo total por consulta	20 % del costo total 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	Deducible de \$1,676 por cada período de beneficios de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.	Deducible de \$1,736 por cada período de beneficios de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	<p>Días 1-60: \$0 por cada día después de pagar su deducible.</p> <p>Días 61-90: \$419 cada día.</p> <p>Días 91-150: \$838 cada día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.</p> <p>Después del día 150: Usted paga todos los costos.</p> <p>Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos.</p>	<p>Días 1-60: \$0 por cada día después de pagar su deducible.</p> <p>Días 61-90: \$434 cada día.</p> <p>Días 91-150: \$868 cada día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.</p> <p>Después del día 150: Usted paga todos los costos.</p> <p>Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos.</p>
<p>Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.7 para obtener información detallada).</p>	\$590 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	\$615 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
<p>Cobertura para medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.7 para obtener información detallada, incluidas las etapas de deducible anual, cobertura inicial y cobertura de gastos médicos mayores).</p>	<p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: 25 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro por cada mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Etapas de cobertura de gastos médicos mayores:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga</p>	<p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: 25 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro por cada mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Etapas de cobertura de gastos médicos mayores:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.	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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$18.30	\$4.80

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 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 (o por cualquier servicio complementario cubierto por el plan, pero no cubierto por Medicare) durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (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. La prima de nuestro plan y costos de los medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar su gasto máximo de bolsillo.	\$9,350	\$9,250 Una vez que haya pagado \$9,250 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 2026 <https://www.pphealthplan.com/directory-search/> para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) estarán en nuestra red. Haga lo siguiente para obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en <https://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. 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 2026* <https://www.pphealthplan.com/participating-pharmacies/> para saber qué farmacias estarán en nuestra red. Haga lo siguiente para obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en <https://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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Beneficios adicionales de telesalud	Es posible que se necesite una autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca	No se requiere autorización previa.	Es posible que se necesite una autorización previa.
Suministros y servicios para diabéticos, plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	Es posible que se necesite una autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Beneficio de aparato auditivo	Usted paga \$0 por una asignación de \$1,000 por aparatos auditivos cada 2 años.	Usted paga \$0 por una asignación de \$2,000 por aparatos auditivos cada 2 años.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y medicamentos de infusión a domicilio	Es posible que se necesite una autorización previa.	Es posible que se necesite una autorización previa para los cargos facturados que superen los \$1,500.
Servicios especializados de salud mental	Es posible que se necesite una autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Otros servicios profesionales de atención médica	Es posible que se necesite una autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare	Usted paga el 0 % del costo total por la capacitación para el automanejo de la diabetes cubierta por Medicare.	Usted paga el 20 % del costo total por la capacitación para el automanejo de la diabetes cubierta por Medicare.
Servicios ambulatorios de radiología diagnóstica y terapéutica	Es posible que se necesite una autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Otros servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes externos	No se requiere autorización previa.	Es posible que se necesite una autorización previa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos de venta sin receta (Over the Counter, OTC)	Usted paga \$0 por una asignación de \$50 cada trimestre para determinados medicamentos de venta sin receta y otros productos relacionados con la salud, que aparecen en el catálogo de productos de venta sin receta.	Usted paga \$0 por una asignación de \$70 cada trimestre para determinados medicamentos de venta sin receta y otros productos relacionados con la salud, que aparecen en el catálogo de productos de venta sin receta.
Servicios de especialistas médicos	Es posible que se necesite una autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Servicios psiquiátricos	Es posible que se necesite una autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Centro de cuidados de enfermería especializada	Estos servicios no están cubiertos como un beneficio complementario en virtud de la Parte C.	Estos servicios están cubiertos como un beneficio complementario en virtud de la Parte C.

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)*

El beneficio de comestibles proporciona una asignación mensual de \$100. Los fondos se cargan cada mes en una tarjeta de débito prepagada con gastos limitados** para usar en las tiendas minoristas participantes. Los miembros pueden comprar alimentos saludables y comidas preparadas. Los fondos no utilizados no se traspasan al siguiente período.

*Estos son beneficios complementarios especiales; no todos los miembros calificarán. Los miembros a los que les diagnosticaron una de las siguientes enfermedades crónicas Y cumplen ciertos criterios pueden ser elegibles para estos beneficios: enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes y condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes. Otras enfermedades también pueden hacer que usted cumpla los requisitos para obtener estos beneficios.

**&more Benefits Prepaid Mastercard® es emitida por Avidia Bank, conforme a una licencia de Mastercard Inc. El uso de esta tarjeta está sujeto

Usted paga \$0 por una asignación de \$200 cada trimestre para comida saludable, y frutas y verduras. Los fondos se cargan cada trimestre en una tarjeta de débito con gastos limitados para usar en las tiendas minoristas participantes. Los miembros pueden comprar alimentos saludables y comidas preparadas. Los fondos no utilizados no se traspasan al siguiente período.**

***Estos son beneficios complementarios especiales; no todos los miembros calificarán. Los miembros a los que les diagnosticaron una de las siguientes enfermedades crónicas Y cumplen ciertos criterios pueden ser elegibles para estos beneficios: enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes y condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes. Otras enfermedades también pueden hacer que usted cumpla los requisitos para obtener estos beneficios.**

****&more Benefits Prepaid Mastercard® es emitida por Avidia Bank, conforme a una licencia de Mastercard**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	a los términos y las condiciones del Acuerdo con el tarjetahabiente.	Incorporated. El uso de esta tarjeta está sujeto a los términos y las condiciones del Acuerdo con el tarjetahabiente.
Servicios de urgencia	Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$45) por consulta.	Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$40) por consulta.

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 2025, 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. La etapa de período sin cobertura y el Programa de descuento para la etapa sin cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapas 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.

- ***Etapas 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 \$2,100.

- ***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.

El Programa de descuento para la etapa sin cobertura se reemplazó por el Programa de descuento del fabricante. En virtud del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para los medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D durante la Etapa de cobertura de gastos médicos mayores. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuento del fabricante no se toman en cuenta para alcanzar los gastos de bolsillo.

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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	\$590	\$615

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 \$2,100 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura de gastos médicos mayores).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 1	25 % del costo total	25 % del costo total

Cambios en la etapa de cobertura de gastos médicos mayores

Para obtener información específica sobre sus costos en esta Etapa de cobertura de gastos médicos mayores, consulte el Capítulo 6, Sección 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cambio de administrador de beneficios de farmacia	En 2025, su administrador de beneficios de farmacia se cambió el nombre a MedImpact.	En 2026, su administrador de beneficios de farmacia será OptumRx.
Cambio en el número de Servicio para Miembros del administrador de beneficios de farmacia	El número de teléfono de Servicio al Cliente sobre medicamentos con receta es 1-844-846-8007.	El número de teléfono de Servicio al Cliente sobre medicamentos con receta es 1-855-205-4428.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Actualización de la dirección postal del administrador de beneficios de farmacia	<p>Las decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos con receta de la Parte D se deben enviar por correo a la siguiente dirección: MedImpact C/O Provider Partners Health Plans 10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131</p> <p>Las quejas o los reclamos de la Parte D se deben enviar por correo a la siguiente dirección: MedImpact C/O Provider Partners Health Plans 10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131 Attn: Grievance Department Fax: 1-877-503-7231</p> <p>Pago de farmacia Las solicitudes, los reclamos y los reembolsos directos al miembro se deben enviar por correo a la siguiente dirección: MedImpact C/O Provider Partners Health Plans 10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131</p>	<p>Las decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos con receta de la Parte D se deben enviar por correo a la siguiente dirección: OptumRx Prior Authorization and Appeals PO Box 2975 Mission, KS 66201</p> <p>Las quejas o los reclamos de la Parte D se deben enviar por correo a la siguiente dirección: Optum Rx Complaints 6860 W. 115th St., Overland Park, KS 66211</p> <p>Pago de farmacia Las solicitudes, los reclamos y los reembolsos directos al miembro se deben enviar por correo a la siguiente dirección: Optum RX Claims Department, PO Box 650287, Dallas, TX 75265-0287</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Dirección postal para pagos de la prima	Los cheques de pago de la prima se deben enviar por correo a la siguiente dirección: Provider Partners Health Plans 785 Elkridge Landing Rd. Suite 300, Linthicum Heights, MD 20190	Los cheques de pago de la prima se deben enviar por correo a la siguiente dirección: Provider Partners Health Plans 8820 Columbia 100 Parkway, Suite 430, Columbia, MD 21045
Dirección postal para el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	Los avisos se deben enviar por correo a la siguiente dirección: Provider Partners Health Plans PO Box 21063 Eagan, MN 55121	Los avisos se deben enviar por correo a la siguiente dirección: Provider Partners Health Plans 2261 Market Street Ste 22538, San Francisco, CA 94114
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 comenzó este año y puede ayudarle a administrar los costos de bolsillo por medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Es posible que esté participando en 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 2026. 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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Áreas de servicio cubiertas	Nuestra área de servicio incluye estos condados: Anderson, Angelina, Bandera, Bexar, Brazos, Brown, Burnet, Cass, Chambers, Cherokee, Comanche, Concho, Cooke, Crane, Dallas, Delta, Denton, Ector, El Paso, Falls, Fannin, Fort Bend, Freestone, Goliad, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hamilton, Harris, Henderson, Hood, Hopkins, Howard, Hutchinson, Jefferson, Jim Wells, Karnes, Kaufman, Lavaca, Limestone, Lubbock, Madison, Maverick, McLennan, Medina, Midland, Moore, Nacogdoches, Navarro, Orange, Palo Pinto, Parker, Potter, Randall, Red River, Refugio, Robertson, Rockwall, Runnels, San Saba, Shelby, Smith, Somervell, Tarrant, Titus, Tom Green, Tyler, Upshur, Uvalde, Val Verde, Victoria, Washington, Wichita, Williamson, Wise y Young.	Nuestra área de servicio se expandió a los siguientes condados: Burleson, Caldwell, Collin, Garza, Hardin, Harrison, Jasper, Milam, Trinity, Van, Zandt y Waller.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

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

Si desea cambiarse de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud diferente de Medicare,** inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará la inscripción en Provider Partners Texas Advantage Plan automáticamente.
- **Para cambiarse a Medicare Original con un plan de cobertura de medicamentos,** inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará la inscripción en Provider Partners Texas Advantage Plan automáticamente.
- **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 1.1).
- **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 2026*, 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 2026 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 2026.

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 recetados. 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.
- **Ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP).** Texas tiene programas llamados Programa de Cuidado de la Salud Renal y Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmacy Assistance Program, SPAP) de Texas THMP que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta en función de sus necesidades económicas, su edad o su estado de salud. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para conocer el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **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 Medicamentos contra el VIH de Texas. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, si actualmente está inscrito o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090 o localmente al 737-255-4300. 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. **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, ofrece más ventajas 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, 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 Texas Advantage Plan

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

Estamos a su disposición 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* 2026**

Este *Aviso anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2026 para Provider Partners Texas 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 Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (Health Information, Counseling, and Advocacy Program, HICAP).

Llame al Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) para obtener 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 Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) al 1-800-252-9240. Obtenga más información sobre el Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) visitando <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare>.

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 2026***

Cada otoño, el documento *Medicare y Usted 2026* 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 llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.