

2026



AVISO ANUAL DE CAMBIOS

1-713-442-2COH (TTY: 711)
KelseyCareAdvantage.com/COH

KelseyCare Advantage Preferred City of Houston (HMO) ofrecido por KelseyCare Advantage

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de KelseyCare Advantage Preferred.

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

- Si desea cambiar la cobertura de su plan Medicare Advantage para el próximo año, deberá hacerlo durante el período de inscripción abierta de la Ciudad de Houston en el otoño. Si no se inscribe en otro plan durante el período de inscripción abierta de la Ciudad de Houston, permanecerá en KelseyCare Advantage Preferred.
- Para cambiarse a **otro plan**, revise la información proporcionada por la Ciudad de Houston.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios y las normas, consulte la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en www.kelseycareadvantage.com/COH o llame a Servicios para los miembros al 713-442-2COH (2264) o gratis al 1-866-535-8405 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y, por lo menos, en los 15 idiomas más comunes entre las personas con dominio limitado del inglés que vivan en los estados pertenecientes al área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para las personas con discapacidades que necesiten asistencia y servicios auxiliares para garantizar una comunicación eficaz.
- Llame a Servicios para los miembros al 713-442-2COH (2264) o gratis al 1-866-535-8405 (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., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en braille, letra grande y otros formatos alternativos.

Acerca de KelseyCare Advantage Preferred

- KelseyCare Advantage, producto de KS Plan Administrators, LLC, es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) y punto de servicio (Point-of-Service, POS) de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros” o “nuestro”, hace referencia a KelseyCare Advantage. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a KelseyCare Advantage Preferred.
- **Si no hace nada durante el período de inscripción abierta de la Ciudad de Houston, automáticamente seguirá inscrito en KelseyCare Advantage Preferred.** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y para medicamentos a través de KelseyCare Advantage Preferred. En la Sección 3 encontrará más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacerlo.

H0332_COHANOC26_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2026.....	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	7
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	8
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	8
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D.....	9
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	14
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	14
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta	14
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	16
Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Preferred	16
Cómo obtener asesoramiento gratuito sobre Medicare	17
Cómo recibir ayuda de Medicare	17

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.	\$42	\$42
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$3,400	\$3,400
Consultas en el consultorio del proveedor de atención primaria	Copago de \$0 por consulta	Copago de \$0 por consulta
Consultas en el consultorio del especialista	Copago de \$25 por consulta	Copago de \$25 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 ingresa formalmente al hospital con una orden del doctor. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Copago de \$300 por estadía	Copago de \$300 por estadía

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles).	No hay deducible de la Parte D	No hay deducible de la Parte D
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles sobre la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	<i>Copago/coseguro</i> (por mes) durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: copago de \$10 en una farmacia de la red preferida o copago de \$15 en una farmacia de la red. Medicamentos de Nivel 2: copago de \$15 en una farmacia de la red preferida o copago de \$20 en una farmacia de la red. Medicamentos de Nivel 3: copago de \$30 en una farmacia de la red preferida o copago de \$35 en una farmacia de la red. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Copago/coseguro (por mes) aplicable durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: copago de \$10 en una farmacia de la red preferida o copago de \$15 en una farmacia de la red. Medicamentos de Nivel 2: copago de \$15 en una farmacia de la red preferida o copago de \$20 en una farmacia de la red. Medicamentos de Nivel 3: copago de \$30 en una farmacia de la red preferida o copago de \$35 en una farmacia de la red. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	Medicamentos de Nivel 4: copago de \$45 en una farmacia de la red preferida o copago de \$50 en una farmacia de la red. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 5: copago de \$75 en una farmacia de la red preferida o copago de \$80 en una farmacia de la red. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 6: copago de \$0 en una farmacia de la red preferida o copago de \$0 en una farmacia de la red. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: En esta etapa de pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	Medicamentos de Nivel 4: copago de \$45 en una farmacia de la red preferida o copago de \$50 en una farmacia de la red. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 5: copago de \$75 en una farmacia de la red preferida o copago de \$80 en una farmacia de la red. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 6: copago de \$0 en una farmacia de la red preferida o copago de \$0 en una farmacia de la red. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: En esta etapa de pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$42	\$42

Factores que pueden modificar el monto 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 un monto adicional por mes directamente al gobierno por la cobertura para medicamentos de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$3,400	\$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2026 en www.kelseycareadvantage.com/COH para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. A continuación le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web www.kelseycareadvantage.com/COH.
- Llame a Servicios para los miembros al 713-442-2COH (2264) o gratis al 1-866-535-8405 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo el *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los doctores y los especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, solicite ayuda a Servicios para los miembros llamando al 713-442-2COH (2264) o gratis al 1-866-535-8405 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja de participar en el plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de la *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Hay una red de farmacias para los planes de medicamentos de Medicare. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren *solamente* si los obtiene en una

de las farmacias de la red. En nuestra red hay farmacias con un costo compartido preferido, lo cual le puede ofrecer un costo compartido inferior al estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* de 2026 en www.kelseycareadvantage.com/COH para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red. A continuación le indicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web www.kelseycareadvantage.com/COH.
- Llame a Servicios para los miembros al 713-442-2COH (2264) o gratis al 1-866-535-8405 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para pedirnos 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 algún cambio realizado a mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, solicite ayuda a Servicios para los miembros llamando al 713-442-2COH (2264) o gratis al 1-866-535-8405 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Beneficio de ejercicio físico/gimnasio	No está cubierto	Cubierto

Las normas de la terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B para el año calendario 2026 y los beneficios de la Parte C cambian anualmente. Para obtener más información, visite www.kelseycareadvantage.com/COH.

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. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir eliminaciones o incorporaciones de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o cambios de medicamentos 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 alguno de sus medicamentos se ha cambiado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el 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 vigente. Si realizamos un cambio que pueda afectar 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 los medicamentos a principios de año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con la persona autorizada a dar recetas para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 713-442-2COH (2264) o gratis al 1-866-535-8405 (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 Ayuda adicional para pagar los costos de sus 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.** Le hemos enviado un documento 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 el documento antes del *30 de septiembre*, llame a Servicios para los miembros al 713-442-2COH (2264) o gratis al 1-866-535-8405 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos).

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 sin cobertura ya no son beneficios de la Parte D.

- ***Etapas de pago de medicamentos***

No tenemos deducible, por lo que esta etapa de pago no se aplica a usted.

- ***Etapas 2: Cobertura inicial***

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

- ***Etapas 3: Cobertura en situaciones catastróficas***

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

El Programa de descuentos para el período sin cobertura se sustituyó por el Programa de descuentos de fabricantes. Con el Programa de descuentos de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que los fabricantes cubren a través del Programa de descuentos de fabricantes no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

Esta tabla muestra el costo por receta en esta etapa.

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

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los

costos de un suministro a largo plazo en una farmacia de la red con un costo compartido preferido, o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 1: Genérico preferido Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$15 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$15 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10
Nivel 2: Genérico Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$15	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$15
Nivel 3: Marca preferida Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$35 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$30	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$35 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$30

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 4: Medicamento no preferido Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$50 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$45	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$50 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$45
Nivel 5: Nivel de especialidad Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$80 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$75	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$80 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$75
Nivel 6: Medicamentos de cuidados selectos Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de pago de recetas de Medicare	El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que se implementó este año y puede ayudarlo a gestionar los costos que paga de su bolsillo de los medicamentos que cubre el plan al dividirlos en el año calendario (de enero a diciembre). Es posible que tenga acceso a esta opción de pago.	Si participa en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente en 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-844-368-8729 (TTY: 711) o visite el sitio web www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en KelseyCare Advantage Preferred (City of Houston), no es necesario que haga nada. Si quiere cambiar de plan, comuníquese con el Departamento de Beneficios de la Ciudad de Houston al (832) 393-6000 durante el período de inscripción abierta.

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 diferentes tipos de ayuda:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75%

o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los planes de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, 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.
 - Al 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. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP).** Texas cuenta con un programa denominado Programa para la salud renal (Kidney Health Care Program, KHC) de Texas que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono correspondiente a su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe 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 estén cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está actualmente inscrito, sobre cómo seguir obteniendo ayuda, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP). Cuando llame, asegúrese de indicarles su número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare.
- **Plan de pago de recetas de Medicare.** El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos, para ayudarlo a gestionar los costos que paga de su bolsillo de los medicamentos que cubre el plan al dividirlos en el año calendario (de enero a 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 ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda del SPAP y del ADAP, para quienes reúnan los requisitos, es más conveniente que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros pueden acceder a la opción de pago del Plan de pago de recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 713-442-2COH (2264) o gratis al 1-866-535-8405 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite el sitio web www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Preferred

- **Llame a Servicios para los miembros al 713-442-2COH (2264) o gratis al 1-866-535-8405 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea la *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 de la Ciudad de Houston para KelseyCare Advantage Preferred. 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. Obtenga la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web www.kelseycareadvantage.com/COH o llame a Servicios para los miembros al 713-442-2COH (2264) o gratis al 1-866-535-8405 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.kelseycareadvantage.com/COH.**

En nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorío de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario/Lista de medicamentos).

Cómo obtener asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

Para tener un asesoramiento sobre seguros médicos gratuito y personalizado, llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP). Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Comuníquese con el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) llamando al 1-800-252-9240.

Cómo recibir 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Comuníquese por chat en vivo en www.Medicare.gov**

Puede hablar por chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba por correo a Medicare**

Puede escribir por correo a Medicare a la dirección PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

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

Cada otoño, el manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026) se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Notice of Availability of Language Assistance Services

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Call 1-866-535-8343. (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas y comunicaciones en otros formatos como letra grande, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-866-535-8343. (TTY: 711).

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-866-535-8343 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Chinese: 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-866-535-8343 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。

Korean: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-535-8343 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Arabic: تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم- أو تحدث إلى مقدم الخدمة

Urdu: دھیان دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو مفت زبان میں مدد کی خدمات اور مفت مواصلات

دوسرے فارمیٹس، جیسے بڑے پرنٹ، آپ کے لیے دستیاب ہیں۔ 1-866-535-8343 پر کال کریں۔

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-866-535-8343 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique et des communications dans d'autres formats, notamment en gros caractères, sont mis à votre disposition gratuitement. Appelez le 1-866-535-8343. (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-535-8343. (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

توجه: اگر بہ زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات رایگان کمک زبانی و ارتباطات رایگان در قالب‌های دیگر، مانند چاپ بزرگ، برای شما تماس بگیرد 1-866-535-8343. (TTY: 711) در دسترس است. با شماره **Persian**

German: ACHTUNG: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste und kostenlose Kommunikation in anderen Formaten, wie zum große Schrift, zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-535-8343. (TTY: 711).

Gujarati: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો મફત ભાષા સહાય સેવાઓ અને મોટા અક્ષરો જેવા અન્ય ફોર્મેટમાં મફત સંદેશાવ્યવહાર તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. 1-866-535-8343 પર કોલ કરો. (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-866-535-8343 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Japanese: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-866-535-8343 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Laotian: ເຖິງທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-866-535-8343 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

MÉTODO	KelseyCare Advantage Servicios para Miembros - Información de contacto
LLAMAR	713-442-2COH (2264) Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales.
FAX	713-442-5450
ESCRIBE	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
SITIO WEB	www.KelseyCareAdvantage.com/COH

Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP)

El Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a personas con Medicare.

MÉTODO	Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP) (Texas' SHIP) – Información de contacto
LLAMAR	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBE	701 West 51st Street MC: W275 Austin, TX 78751
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de divulgación de PRA: De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938- 1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.