

2027



AVISO ANUAL DE CAMBIOS

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

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

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de KelseyCare Advantage City of Houston Preferred (HMO). En este documento se describen los cambios que se producirán el próximo año en los costos y beneficios de nuestro plan.

- **Para cambiar la cobertura de su plan Medicare Advantage para el próximo año, deberá hacer su elección durante el período de inscripción abierta de City of Houston en otoño de este año.** Si no hace nada, conservará su cobertura de KelseyCare Advantage Preferred.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, consulte la información proporcionada por City of 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.
- 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 con 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 City of Houston, automáticamente seguirá inscrito en KelseyCare Advantage Preferred.** A partir del 1 de enero de 2027, obtendrá su cobertura médica y para medicamentos a través de KelseyCare Advantage Preferred. En la Sección 2 encontrará más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacerlo. H0332_COHANOC27_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2027	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	9
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	11
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta.....	11
SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan	15
SECCIÓN 3 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta	15
SECCIÓN 4 ¿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 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener 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 diversas hospitalizaciones, como cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. La hospitalización comienza el día en que ingresa formalmente con una orden del doctor y termina el día anterior a que reciba el alta.	Copago de \$300 por estadía	Copago de \$300 por estadía

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1 para obtener detalles sobre la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D Deducible: \$0 Copago/coseguro 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. 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.	Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D Deducible: \$0 Copago/coseguro 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. 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.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	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.	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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$42	\$42 No hay cambios para el próximo año de beneficios

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 de la Parte D de por vida por no tener cobertura de la Parte D u 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.

	2026 (este año)	2027 (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. No hay cambios para el próximo año de beneficios

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de proveedores* de 2027 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 en 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). Puede tener un período de inscripción especial si su proveedor deja de formar parte de la red del plan. 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 costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de farmacias* de 2027 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 en 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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Beneficio de ejercicio físico/gimnasio	Cubierto	Cubierto Las instalaciones de la Asociación Cristiana de Jóvenes (Young Men's Christian Association, YMCA) en el área de Houston formarán parte de la red del plan a partir del 1 de enero de 2027.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios de atención de emergencia en todo el mundo	Coseguro del 20% para cada consulta de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Coseguro del 20% para cada servicio de transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. El plan no paga el transporte de regreso a los Estados Unidos y sus territorios después de la atención de emergencia fuera del país. El plan pagará el 80% de lo que Medicare permitiría por los servicios si se hubieran recibido en los Estados Unidos y sus territorios. No hay cobertura en todo el mundo para la atención fuera de la sala de emergencias, el transporte de emergencia o el ingreso hospitalario de emergencia. Límite máximo de cobertura del plan de \$20,000 de por vida.	Coseguro del 20% para cada consulta de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Coseguro del 20% para cada servicio de transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. El plan no paga el transporte de regreso a los Estados Unidos y sus territorios después de la atención de emergencia fuera del país. El plan pagará el 80% de lo que Medicare permitiría por los servicios si se hubieran recibido en los Estados Unidos y sus territorios. No hay cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto para servicios de sala de emergencias, transporte de emergencia e ingreso hospitalario de emergencia. Los servicios recibidos en un crucero no están cubiertos. El plan tiene un máximo de \$20,000 de por vida para cobertura de emergencia en todo el mundo.

Las normas de tratamiento escalonado para los medicamentos de la Parte B para el año calendario 2027 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 y está publicada en línea, en www.kelseycareadvantage.com/COH.

Puede obtener la Lista de medicamentos *completa* llamando 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) o visitando nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com/COH.

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. **Consulte 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 para 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 su cobertura para medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** 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.

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

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

- ***Etapa 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 \$2,400.

- ***Etapa 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.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

Esta tabla muestra el costo por receta en esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra el costo por receta para un suministro para **un mes (30 días)** de una farmacia de la red con costo compartido estándar y costo compartido 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, búselos 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 \$2,400 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2026 (este año)	2027 (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, búselos 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, búselos 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, búselos 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

	2026 (este año)	2027 (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 Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel
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 Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel
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

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan

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

SECCIÓN 3 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 estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) 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 de su estado, debe cumplir con ciertos criterios que incluyen un 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, 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 (Medicare Prescription Payment Plan) es una opción de pago que funciona con su cobertura para medicamentos actual, 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 para medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede utilizar 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 2027 y no necesita presentar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027. **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. 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 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 4 ¿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 2027***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2027* 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, 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 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/Directorio 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 asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros médicos, 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 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)**

Puede hablar por chat en vivo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://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 [Medicare.gov](https://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 2027* (Medicare y Usted 2027)**

Cada otoño, el manual *Medicare & You 2027* (Medicare y Usted 2027) se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

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 सेवाएं 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 بگیرید 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

ຊົມໂຕມາີ ມຸຊຸດ ສົ່ງເສີມພາສາ ຕາມາ ມາເຮັດ ອີ່ມພາສາ ອື່. 1-866-535-8343 ປຸກ ສົ່ງ ສົ່ງ. (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: ຄຊົນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ 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.