

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS-SNP) ofrecido por Elderplan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, está inscrito como miembro de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS-SNP). El año próximo, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 8 para obtener un Resumen de costos importantes, incluida la prima.***

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.elderplan.org. También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique si los cambios en los beneficios y los costos lo afectan a usted.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en la cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de la cobertura y el costo compartido.

- Piense cuánto gastará en las primas, los deducibles y el costo compartido.
 - Controle los cambios en la Lista de medicamentos 2025 para asegurarse de que los medicamentos que actualmente toma estén cubiertos.
 - Compare la información del plan de 2024 con la del plan de 2025 para comprobar si alguno de estos medicamentos pasará a otro nivel de costo compartido o estará sujeto a otras restricciones, por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, como las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - Averigüe si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "Ayuda adicional" de Medicare.
 - Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones de plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Localizador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la portada posterior del manual *Medicare y Usted 2025 (Medicare & You 2025)*. Para obtener más ayuda, comuníquese con el Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que se decida por alguna de las opciones de plan, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).
- Puede **cambiarse a un plan diferente** desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).
- Consulte la Sección 3.2, página 60, para obtener más información sobre sus opciones.

- Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o en la actualidad vive en una institución, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes que dejó la institución.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en español y chino.
- Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. La línea de teléfono es gratuita.
- Esta información está disponible en distintos formatos, incluidos braille u otros formatos alternativos. Llame a Servicios para los Miembros al número que se menciona más arriba si necesita información del plan en otro idioma o formato.

- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.**

Acerca de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS-SNP)

- Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, si no se paga de otro modo en virtud de Medicaid.
 - Elderplan ha sido aprobado por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales (SNP) hasta 2026 sobre la base de una revisión del Modelo de Atención de Elderplan.
 - Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Elderplan, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).
-

Aviso anual de cambios para 2025
Índice

Resumen de costos importantes para 2025	8
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año	20
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual.....	20
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	21
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias .	24
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	25
Sección 1.5: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	48
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	60
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	61
Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).....	61
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	61
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan.....	63

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	65
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	66
SECCIÓN 7 Preguntas	70
Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS-SNP).....	70
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	71
Sección 7.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid	72

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por los deducibles, las consultas en el consultorio médico y los servicios hospitalarios para pacientes internados.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0 o \$48.70 para la prima de la Parte D.	\$0 o \$72.30 para la prima de la Parte D.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Reducción de la prima de la Parte B (Si paga una prima de la Parte B, este importe se descuenta a través del pago del Seguro Social).</p> <p>(Si no paga la prima de la Parte B a través del Seguro Social, deberá pagar un monto inferior mensual a Medicare.)</p>	Sin cobertura	\$3.00
<p>Deducible de la Parte B</p>	<p>El deducible de la Parte B es de \$240.</p> <p>Si es elegible para recibir ayuda de Medicare a través de Medicaid para el pago del costo compartido, usted paga \$0.</p>	<p>El deducible de la Parte B es de \$257.</p> <p>Si es elegible para recibir ayuda de Medicare a través de Medicaid para el pago del costo compartido, usted paga \$0.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Consultas en el consultorio del médico	<p>Dentro de la red Consultas de atención primaria: Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p>Dentro y fuera de la red Consultas con especialistas: Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p>	<p>Dentro de la red Consultas de atención primaria: Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p>Dentro y fuera de la red Consultas con especialistas: Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p>No hay cambios para 2025.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios hospitalarios para pacientes internados	No hay coseguro ni copago por la atención para pacientes internados en un hospital cubierta por Medicare ni por los servicios que recibe de los médicos y otros proveedores mientras usted es un paciente internado. Se requiere autorización.	No hay coseguro ni copago por la atención para pacientes internados en un hospital cubierta por Medicare ni por los servicios que recibe de los médicos y otros proveedores mientras usted es un paciente internado. Se requiere autorización. No hay cambios para 2025.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: el deducible de la Parte D es de \$545, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para un máximo de 90 días) * † Ω</p>	<p>Deducible: el deducible de la Parte D es de \$590, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para un máximo de 90 días) * † Ω</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación) (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>A continuación, se detalla el costo para usted por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia dentro de la red que brinda un costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Según la “Ayuda adicional” que reciba, usted paga lo siguiente:</p>	<p>A continuación, se detalla el costo para usted por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia dentro de la red que brinda un costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Según la “Ayuda adicional” que reciba, usted paga lo siguiente:</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación) (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0, copago de \$1.55, copago de \$4.50 o el 25% del costo total.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0, copago de \$4.60, copago de \$11.20 o el 25% del costo.</p>	<p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0, copago de \$1.60, copago de \$4.90 o el 25% del costo total.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0, copago de \$4.80, copago de \$12.15 o el 25% del costo.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación) (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>* También está disponible un suministro para 60 días al costo minorista estándar.</p> <p>Costo compartido de servicio de pedidos por correo (suministro para un máximo de 90 días)†Ω durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1: según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p>	<p>* También está disponible un suministro para 60 días al costo minorista estándar.</p> <p>Costo compartido de servicio de pedidos por correo (suministro para un máximo de 90 días)†Ω durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1: según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación) (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0, Copago de \$1.55, Copago de \$4.50, o el 25% del costo.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0, Copago de \$4.60, Copago de \$11.20, o el 25% del costo.</p>	<p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0, Copago de \$1.60, Copago de \$4.90, o el 25% del costo.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0, Copago de \$4.80, Copago de \$12.15, o el 25% del costo.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación) (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</p> <p>Ω – No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.</p>	<p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</p> <p>Ω – No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación) (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).	Cobertura en situaciones catastróficas: <ul style="list-style-type: none">• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.	Cobertura en situaciones catastróficas: <ul style="list-style-type: none">• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el <u>máximo</u> que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro y fuera de la red combinados de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p>Combinados dentro y fuera de la red \$8,850 Usted no es responsable de pagar ningún gasto no cubierto para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>Combinados dentro y fuera de la red \$9,350 Usted no es responsable de pagar ningún gasto no cubierto para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).	\$0 o \$48.70 para la prima de la Parte D. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que la pague Medicaid u otro tercero).	\$0 o \$72.30 para la prima de la Parte D. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que la pague Medicaid u otro tercero).

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Reducción de la prima de la Parte B (Si paga una prima de la Parte B, este importe se descuenta a través del pago del Seguro Social). (Si no paga la prima de la Parte B a través del Seguro Social, deberá pagar un monto inferior mensual a Medicare.)	Sin cobertura	\$3.00

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

Medicare exige que todos los planes de salud tengan un límite en el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no tiene que pagar nada más por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto no cubierto para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Combinados dentro y fuera de la red \$8,850	Combinados dentro y fuera de la red \$9,350

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo (continuación)</p> <p>Los costos que paga por los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de su plan y los costos que paga por los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo (servicios combinados dentro y fuera de la red) por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>	<p>Una vez que haya pagado \$9,350 de su bolsillo (servicios combinados dentro y fuera de la red) por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los montos que paga por los medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos con receta de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Puede consultar los directorios actualizados en nuestro sitio web www.elderplan.org. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o para solicitarnos que le enviemos un directorio, que recibirá en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores y farmacias para el año próximo. **Consulte el Directorio de proveedores y farmacias 2025 www.elderplan.org para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) y las farmacias que frecuenta están en nuestra red.**

Es importante que tenga en cuenta que podemos hacer cambios en cuanto a los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio a mediados del año en nuestros proveedores y farmacias lo afecta, comuníquese con Servicios para los Miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que en el *Aviso anual de cambios* se informan los cambios en los costos y los beneficios de Medicare.

Haremos cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de acupuntura (no cubiertos por Medicare)	<p>Dentro de la red</p> <p>No paga coseguro ni copago por consulta. Puede recibir hasta 28 consultas por año para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Acupuntura ● Terapia con ventosas/moxa ● Acupresión ● Tui Na ● Gua Sha ● Reflexología ● Terapia con luz infrarroja 	<p>Dentro de la red</p> <p>No paga coseguro ni copago por consulta. Puede recibir hasta 40 consultas por año para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Acupuntura ● Terapia con ventosas/moxa ● Acupresión ● Tui Na ● Gua Sha ● Reflexología ● Terapia con luz infrarroja

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios</p>	<p>Servicios dentales preventivos suplementarios Combinados dentro y fuera de la red</p> <p>La cobertura de servicios dentales preventivos suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para los siguientes servicios dentales preventivos suplementarios:</p>	<p>Servicios preventivos y de diagnóstico suplementarios Combinados dentro y fuera de la red</p> <p>La cobertura de servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para los siguientes servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios:</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios (continuación)</p>	<p><u>Exámenes bucales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales limitados: 1 por mes <p><u>Radiografías dentales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<p><u>Exámenes bucales:</u> Códigos selectos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales limitados: 1 por mes • Exámenes bucales: 1 cada 6 meses <p><u>Radiografías dentales:</u> Códigos selectos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías dentales: 1 cada 6 meses y 1 cada 12 meses • Radiografías dentales: 1 cada 36 meses • Placa panorámica y cefalométrica: 1 cada 36 meses

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Imágenes fotográficas orales/faciales: 2 cada 6 meses • Radiografías dentales: 2 cada 12 meses • Radiografías dentales: Algunos códigos tienen cobertura sin limitación de frecuencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Imágenes fotográficas orales/faciales: 2 cada 6 meses • Radiografías dentales: 2 cada 12 meses • Radiografías dentales: Algunos códigos tienen cobertura sin limitación de frecuencia.
	<p><u>Cuidado preventivo (limpiezas)</u></p>	<p><u>Cuidado preventivo (limpiezas)</u></p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas (profilaxis): 1 cada 6 meses
	<p><u>Otros servicios dentales de diagnóstico:</u></p>	<p><u>Otros servicios dentales de diagnóstico:</u></p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos códigos tienen cobertura sin limitación de frecuencia.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios (continuación)	Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.	Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios dentales integrales</p>	<p>Servicios dentales integrales suplementarios: Combinados dentro y fuera de la red</p> <p>La cobertura de los servicios dentales integrales suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada, según las pautas de la ADA, a 1 servicio por diente/por arco/por cuadrante.</p>	<p>Servicios dentales integrales suplementarios: Combinados dentro y fuera de la red</p> <p>La cobertura de los servicios dentales integrales suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada, según las pautas de la ADA, a 1 servicio por diente/por arco/por cuadrante.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</p>	<p><u>Servicios de restauración:</u> códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0/1 cada 60 meses <p><u>Servicios de endodoncia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<p><u>Servicios de restauración:</u> códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0/1 cada 12 meses • Copago de \$0/1 cada 24 meses • Copago de \$0/1 cada 60 meses • Copago de \$0/2 cada 12 meses • Copago de \$0/1 de por vida • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia. <p><u>Servicios de endodoncia:</u> códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0/1 de por vida.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</p>	<p><u>Servicios de periodoncia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia. <p><u>Servicios de periodoncia:</u> códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0/1 cada 6 meses • Copago de \$0/1 cada 12 meses • Copago de \$0/1 cada 24 meses • Copago de \$0/1 cada 36 meses • Copago de \$0/1 cada 60 meses • Copago de \$0/1 de por vida • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</p>	<p><u>Prostodoncia (extraíble):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura <p><u>Prótesis maxilofacial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<p><u>Prostodoncia (removible):</u> códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0/1 cada 12 meses • Copago de \$0/2 cada 12 meses • Copago de \$0/4 cada 12 meses • Copago de \$0/1 cada 24 meses • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia. <p><u>Prótesis maxilofacial:</u> códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0/2 cada 12 meses • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</p>	<p><u>Implantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura <p><u>Prostodoncia (fija):</u> códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0/1 cada 60 meses 	<p><u>Implantes: códigos selectos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0/1 cada 12 meses • Copago de \$0/1 cada 24 meses • Copago de \$0/1 cada 8 años • Copago de \$0/1 de por vida • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia. <p><u>Prostodoncia (fija):</u> códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0/1 cada 60 meses • Copago de \$0/1 cada 24 meses

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</p>	<p><u>Cirugía bucal y maxilofacial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura <p><u>Servicios generales complementarios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<p><u>Cirugía bucal y maxilofacial:</u> códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0/1 cada 24 meses • Copago de \$0/1 cada 60 meses • Copago de \$0/1 de por vida • Copago de \$0/2 de por vida • Copago de \$0/3 de por vida • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia. <p><u>Servicios generales complementarios:</u> códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0/1 cada 6 meses • Copago de \$0/1 cada 12 meses

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</p>	<p>Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0/2 cada 12 meses • Algunos códigos tienen cobertura con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia. <p>Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Equipo médico duradero y suministros relacionados</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por el equipo médico duradero (DME) y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>La autorización solo se requiere para ciertos artículos como equipos o artículos de alto costo, motorizados y personalizados, entre otros.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por el equipo médico duradero (DME) y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>La autorización solo se requiere para ciertos artículos como equipos o artículos de alto costo, motorizados y personalizados, entre otros.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Equipos médicos duraderos y suministros relacionados (continuación)		Usted paga un copago de \$0 por los sensores continuos de glucosa Freestyle Libre y los suministros disponibles en farmacias participantes. Se requiere autorización.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Tarjeta Flex	<p>No se requiere coseguro ni copago para la tarjeta Flex.</p> <p>Recibirá una asignación de \$500 para usar durante 2024 en gastos no cubiertos de servicios dentales, de vista, auditivos o de acondicionamiento físico.</p> <p>Cualquier cifra en dólares de los beneficios que no se use vence al final del año calendario o si cancela su inscripción del plan.</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para la tarjeta Flex.</p> <p>Recibirá una asignación de \$750 para usar durante 2025 en gastos no cubiertos de servicios dentales, de vista, auditivos o de acondicionamiento físico.</p> <p>Cualquier cifra en dólares de los beneficios que no se use vence al final del año calendario o si cancela su inscripción del plan.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios auditivos (servicios auditivos no cubiertos por Medicare)</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro ni copago para audífonos (todos los tipos) no cubiertos por Medicare una vez cada tres años.</p> <p>La cobertura de audífonos (todos los tipos) es de hasta \$1,300 para ambos oídos combinados cada 3 años.</p> <p>Se requiere de autorización de un médico o especialista.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro ni copago anual para audífonos (todos los tipos) no cubiertos por Medicare.</p> <p>La cobertura de audífonos (todos los tipos) es de hasta \$3,000 para ambos oídos combinados por año.</p> <p>Se requiere de autorización de un médico o especialista.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga ningún coseguro ni copago para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por los medicamentos con insulina de la Parte B de Medicare.</p> <p>Algunos medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p> <p>Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga ningún coseguro ni copago para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por los medicamentos con insulina de la Parte B de Medicare.</p> <p>Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare NO están sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p> <p>Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Productos de venta libre (OTC)</p>	<p>Usted puede comprar hasta \$270 por mes de productos de OTC elegibles.</p> <p>El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes.</p> <p>El beneficio de OTC se combina con los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) que sean miembros elegibles.</p>	<p>Usted puede comprar hasta \$900 por trimestre de productos de OTC elegibles.</p> <p>El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente trimestre.</p> <p>Los períodos trimestrales de beneficios se distribuyen en enero, abril, julio y octubre.</p> <p>El beneficio de OTC se combina con los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) que sean miembros elegibles.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Productos de venta libre (OTC) (continuación)</p>	<p>El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID-19 y el spray nasal Naloxone en algunas farmacias o comercios minoristas.</p>	<p>El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID-19 y el spray nasal Naloxone en algunas farmacias o comercios minoristas.</p>
<p>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</p>	<p>Los miembros elegibles para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de cobertura de productos de venta libre y medicamentos sin receta para cubrir determinados alimentos, ciertos servicios públicos y ayuda para el pago del alquiler/la hipoteca como parte de la asignación mensual de OTC.</p>	<p>Los miembros elegibles para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de cobertura de productos de venta libre y medicamentos sin receta para cubrir determinados alimentos, ciertos servicios públicos, ayuda para el pago del alquiler/la hipoteca y para el transporte sin fines médicos como parte de la asignación mensual de OTC.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</p>	<p>La cobertura combinada de OTC de \$270 por mes estará disponible todos los meses. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente período.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los artículos elegibles y una lista de redes de farmacias o comercios minoristas selectos.</p>	<p>La cobertura combinada de OTC de \$900 estará disponible trimestralmente. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente período.</p> <p>Los períodos trimestrales de beneficios se distribuyen en enero, abril, julio y octubre.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los artículos elegibles y una lista de redes de farmacias o comercios minoristas selectos.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cuidado de la vista: servicios suplementarios	Copago de \$0 para anteojos no cubiertos por Medicare (máximo anual de \$350 por año calendario), incluidos lentes de contacto o anteojos (cristales y armazón).	Copago de \$0 para anteojos no cubiertos por Medicare (máximo anual de \$600 por año calendario), incluidos lentes de contacto o anteojos (cristales y armazón).

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura internacional de servicios de emergencia/transporte de emergencia/cobertura de urgencia y asistencia al viajero</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para la cobertura internacional de servicios de emergencia/transporte de emergencia/cobertura de urgencia (el monto máximo del beneficio es \$50,000).</p> <p>Los servicios de asistencia internacional al viajero no están cubiertos por el plan.</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para la cobertura internacional de servicios de emergencia/transporte de emergencia/cobertura de urgencia (el monto máximo del beneficio es \$50,000).</p> <p>No se requiere coseguro ni copago para los servicios de asistencia internacional al viajero acordados por nuestro proveedor de asistencia internacional al viajero.</p>

**Sección 1.5: Cambios en la cobertura para
medicamentos con receta de la Parte D**

<p>Cambios en la Lista de medicamentos</p>

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia electrónica de la Lista de medicamentos.

Hicimos cambios en la Lista de medicamentos, entre los que podría incluirse la eliminación o agregado de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o el traslado de un medicamento a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si hay alguna restricción o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se aplican a partir del comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare y que podrían afectarlo. Actualizamos la Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista más actualizada de los medicamentos. Si realizamos alguna modificación que afecte su acceso al medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para averiguar sus opciones, como pedir un suministro temporal, aplicar una excepción o cambiar de medicamento. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros para obtener más información.

En la actualidad, podemos eliminar de forma inmediata un medicamento de marca de la Lista de medicamentos si lo reemplazamos por otra versión genérica del medicamento con las mismas restricciones, o menos, que el medicamento de marca original. Además, cuando agreguemos un medicamento genérico nuevo, podemos decidir conservar el medicamento de marca en la Lista de medicamentos, pero agregaremos restricciones nuevas de inmediato.

A partir de 2025, estamos autorizados a reemplazar de forma inmediata los medicamentos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si usted está tomando un medicamento biológico que reemplazaremos por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso sobre el cambio 30 días antes de que lo hagamos ni se le entregue el suministro mensual del medicamento biológico original en una farmacia dentro de la red. Si usted está tomando el medicamento biológico original en el momento en que realizamos el cambio, igualmente recibirá información sobre los cambios específicos que realizamos, pero es posible que el aviso llegue después de realizar el cambio.

Algunos de estos medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer los distintos tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su Evidencia de cobertura. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede ponerse en contacto con Servicios para los Miembros o solicitar a su proveedor de atención médica, a la persona que le receta el medicamento o al farmacéutico para obtener más información.

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

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare, es posible que reúna los requisitos para una reducción o la eliminación de los costos compartidos para los medicamentos de la Parte D. Es posible que ciertas partes de la información descrita en esta sección no se aplique a su caso.

Nota: si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no aplique a usted.** Hemos incluido un folleto adicional que se denomina *Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta*, (también conocida como *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS*), en el que se le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este folleto adicional en el paquete, llame a Servicios para los Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, hay tres **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 formará parte del beneficio de la Parte D.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuentos del fabricante. En el Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de los medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y los productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los gastos no cubiertos.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: etapa del deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajes.</p>	<p>El deducible de la Parte D es de \$545. Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0.</p>	<p>El deducible de la Parte D es de \$590. Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</p> <p>(suministro máximo de 90 días) * † Ω</p> <p>A continuación, se detalla el costo para usted por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia dentro de la red que brinda un costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1:</p> <p>Según la "Ayuda adicional" que reciba, usted paga lo siguiente:</p>	<p>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</p> <p>(suministro máximo de 90 días) * † Ω</p> <p>A continuación, se detalla el costo para usted por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia dentro de la red que brinda un costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1:</p> <p>Según la "Ayuda adicional" que reciba, usted paga lo siguiente:</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0, Copago de \$1.55, Copago de \$4.50, o el 25% del costo total.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0, Copago de \$4.60, Copago de \$11.20, o el 25% del costo.</p> <p>* También está disponible un suministro para 60 días al costo minorista estándar.</p>	<p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de \$0, Copago de \$1.60, Copago de \$4.90, o el 25% del costo total.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0, Copago de \$4.80, Copago de \$12.15, o el 25% del costo.</p> <p>* También está disponible un suministro para 60 días al costo minorista estándar.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Costos compartidos de los pedidos por correo (suministro máximo de 90 días)† Ω durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1:</p> <p>según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <p>Copago de \$0, Copago de \$1.55, Copago de \$4.50, o el 25% del costo.</p>	<p>Costos compartidos de los pedidos por correo (suministro máximo de 90 días)† Ω durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1:</p> <p>según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <p>Copago de \$0, Copago de \$1.60, Copago de \$4.90, o el 25% del costo.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0, Copago de \$4.60, Copago de \$11.20, o el 25% del costo.</p> <p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</p>	<p>Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0, Copago de \$4.80, Copago de \$12.15, o el 25% del costo.</p> <p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	<p>Ω: no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Ω: no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y los productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los gastos no cubiertos.

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	No corresponde	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos mediante pagos mensuales que varían durante el año (de enero a diciembre).

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (continuación)		Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-490-2102 (TTY: 711) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

Para seguir inscrito en el mismo plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente a Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS-SNP).

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que el próximo año siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar de plan para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare,
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, utilice el Localizador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025 (Medicare & You 2025)*, llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

A modo de recordatorio, Elderplan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a otro plan de salud de Medicare**, insíbrase en el nuevo plan. Su inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente.

- Para cambiarse a **Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los Miembros.
 - *O bien* puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Los cambios entrarán en vigencia el 1 de enero de 2025.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene varias opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes del año, incluidos las siguientes:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si recientemente se mudó a 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 cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes que dejó la institución.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) es un programa del gobierno independiente con asesores capacitados en todos los estados. En el estado de New York, el SHIP se denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HIICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede comunicarse con el HIICAP al 1-(212)-602-4180 (dentro de los cinco distritos de NYC) o al 1-800-701-0501 (fuera de los cinco distritos de NYC). Para obtener más información sobre el HIICAP, visite el sitio web (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs>).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid en el estado de New York, comuníquese con la Línea de ayuda de Medicaid de la HRA del Departamento de Salud del estado de New York (Oficina de Servicios Sociales) al 1-888-692-6116; los usuarios de TTY pueden llamar al 711, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afecta la obtención de su cobertura de Medicaid en el estado de New York.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también denominada “Subsidio por bajos ingresos”. La “Ayuda adicional” cubre algunas de las primas, los deducibles anuales y los coseguros de los medicamentos con receta. Debido a que usted califica, no tendrá un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la "Ayuda adicional", llame a los siguientes números:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, 7 días a la semana;
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien
 - A la Oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda desde el programa de asistencia farmacéutica de su estado.** New York cuenta con un programa denominado “Cobertura de seguro farmacéutico para personas de edad avanzada” (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa de Asistencia de Seguro de Salud de su estado.

- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para recibir asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del ADAP de New York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o cómo seguir recibiendo asistencia si usted ya está inscrito, llame al 1-800-542-2437. Cuando llame, asegúrese de indicarles el nombre del plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.**
El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que lo ayuda a administrar los gastos no cubiertos de los medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona junto con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al dividirlos en **pagos mensuales que varían durante el año** (enero – diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y el ADAP, para aquellos que reúnen lo requisitos, tiene más beneficios que participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingreso, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-490-2102 (TTY: 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS-SNP)

¿Preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (en ella se describen en detalle los beneficios y los costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2025 de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web www.elderplan.org. También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.elderplan.org. Recuerde que en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos)*.

Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Hay información sobre costos, cobertura y las calificaciones con estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2025 (Medicare & You 2025)*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025 (Medicare & You 2025)*. Todos los otoños, se envía este documento por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información sobre Medicaid, puede llamar a la Línea de ayuda de Medicaid de la HRA del Departamento de Salud del estado de New York (Servicios Sociales) al 1-888-692-6116. Los usuarios de TTY deben llamar de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede visitar <https://www.nyc.gov/site/hra/help/health-assistance.page>.

Para comunicarse con el Departamento Local de Servicios Sociales del estado de New York, visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm.

Elderplan, Inc.
Aviso sobre no discriminación: la discriminación es ilegal

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst brinda los siguientes servicios:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos);
- proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles. Si considera que Elderplan/HomeFirst no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

Elderplan, Inc.
ATTN Civil Rights Coordinator
55 Water Street
New York NY 10041

Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios para elevar una queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de interpretación multilingüe

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-891-6447 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-891-6447 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino simplificado: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-891-6447 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino tradicional: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-891-6447 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-891-6447 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-891-6447 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-891-6447 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-891-6447 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-891-6447 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-891-6447 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه سيقوم شخص ما يتحدث العربية. (TTY: 711) 1-877-891-6447 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-891-6447 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-891-6447 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-891-6447 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Francés criollo: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-891-6447 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-891-6447 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-891-6447 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Albanés: Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'ju përgjigjur çdo lloj pyetjeje që mund të keni rreth planit tonë të shëndetit ose të mjekimit. Për t'u lidhur me një interpret, telefononi në 1-877-891-6447 (TTY: 711). Një shqip folës mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

Bengalí: আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধপত্র বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কিত আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 1-877-891-6447 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন। পরিষেবাটি বিনামূল্যে।

Griego: Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιοσδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 1-877-891-6447 (TTY: 711). Θα λάβετε βοήθεια από ένα άτομο που μιλά ελληνικά. Αυτή είναι μια υπηρεσία που παρέχεται δωρεάν.

Yidis: מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-877-891-6447 (TTY:711) אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-877-891-6447 (TTY:711) אונזער העלט אדער דראג פלאן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס רעדט אידיש/שפראך קען איך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Urdu: ہماری صحت یا دوا کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت مترجم کی پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی 1-877-891-6447 (TTY:711) خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔