

Jefferson Health Plans Giveback (HMO) ofrecido por Jefferson Health Plans

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente se encuentra inscrito en calidad de miembro de Jefferson Health Plans Giveback. Durante el próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un Resumen de costos importantes, incluido el costo de la prima.**

En este documento, se le informa acerca de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestra página web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios aplican para usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico u hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y la distribución de costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y distribución de costos.
 - Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información de los planes 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de distribución de costos diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, formarán parte de la red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de plan

H9207_MCE-810MG-5980-015-ES_M

- Revise las coberturas y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en la página web www.medicare.gov/plan-compare o consulte la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP) para hablar con un consejero capacitado.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en la página web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar de plan

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Jefferson Health Plans Giveback (HMO).
- Si desea cambiar a **un plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en Jefferson Health Plans Giveback (HMO).
- Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive en una o se acaba de mudar de una institución, puede cambiar de planes o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Recursos adicionales

- Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros 1-866-901-8000 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). Los horarios son del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita.
- También puede solicitar esta información en formatos alternativos (como braille, letra grande o audio) llamando a Servicios para Miembros 1-866-901-8000 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).
- **La cobertura conforme a este Plan califica como una cobertura de salud calificada (QHC)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Asequible (ACA). Para obtener más información, visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Jefferson Health Plans Giveback (HMO)

- Jefferson Health Plans tiene contrato con Medicare para ofrecer planes HMO, HMO-DSNP y PPO. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Jefferson Health Plans. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, significa Jefferson Health Plans Giveback (HMO).

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	4
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año próximo	6
Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	6
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos	7
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	12
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	13
Sección 3.1 – Si decide permanecer en Jefferson Health Plans Giveback (HMO)	13
Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan	13
SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan	14
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	14
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	15
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	16
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Jefferson Health Plans Giveback (HMO)	16
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	16

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y los costos de 2025 para Jefferson Health Plans Giveback (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto <u>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 más detalles).	\$7,500	\$8,300
Consultas con el médico	Consultas al médico de atención primaria: \$0 por visita. Consultas a especialistas: \$40 por visita.	Consultas al médico de atención primaria: \$0 por visita. Consultas a especialistas: \$40 por visita.
Estadía hospitalaria para paciente hospitalizado	Para estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: \$275 de copago por día para los días 1 - 6 \$0 de copago por día para los días 7 - 90 Después del día 90, \$800 de copago por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por cada estadía como paciente hospitalizado.	Para estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: \$310 de copago por día para los días 1 - 5 \$0 de copago por día para los días 6 - 90 Después del día 90, \$800 de copago por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por cada estadía como paciente hospitalizado.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	Deducible: \$200 excepto para los productos de	Deducible: \$590 excepto para los productos de

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento del Nivel 1: \$0 de copago • Medicamento del Nivel 2: \$10 de copago • Medicamento del Nivel 3: \$47 de copago Usted paga \$10 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamento del Nivel 4: \$100 de copago • Medicamento del Nivel 5: 30% de coseguro • Medicamento del Nivel 6: \$0 <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. 	<p>insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento del Nivel 1: \$0 de copago • Medicamento del Nivel 2: \$10 de copago • Medicamento del Nivel 3: 20% de coseguro Usted paga 0%-20% / \$35 máx por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamento del Nivel 4: 35% de coseguro • Medicamento del Nivel 5: 25% de coseguro • Medicamento del Nivel 6: No disponible <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año próximo

Sección 1.1 –Cambios en su prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
No hay cambios en la prima de su plan para el próximo año de beneficios. (Usted también debe de continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.)		

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada cobertura válida) durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Sección 1.2 –Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo	\$7,500	\$8,300
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Su y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$8,300 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 –Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de

los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros si desea obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o bien si desea solicitarnos que le enviemos un directorio por correo. Se lo enviaremos en un plazo de tres días laborables.

Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el Directorio de farmacias de 2025 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

No habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año.

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si se ve afectado por algún cambio en nuestros proveedores realizado durante la mitad del año, comuníquese con el Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

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

El próximo año, implementaremos cambios en los costos y los beneficios de ciertos servicios médicos. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Ambulancia Servicios terrestres	Usted paga \$210 de copago cada vez que usa una ambulancia cubierta por Medicare (Servicios terrestres).	Usted paga \$275 de copago cada vez que usa una ambulancia cubierta por Medicare (Servicios terrestres).
Servicios de rehabilitación cardíaca	<p>Dentro de la red Usted paga \$30 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$40 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.</p>
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	Usted paga \$275 de copago por día para los días 1 - 6 y \$0 de copago por día para los días 7 - 90.	Usted paga \$310 de copago por día para los días 1 - 5 y \$0 de copago por día para los días 6 - 90.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	Después del día 90, usted paga \$800 de copago por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por cada estadía como paciente hospitalizado.	Después del día 90, usted paga \$800 de copago por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por cada estadía como paciente hospitalizado.
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico	Usted paga \$275 de copago por día para los días 1 - 6 y de \$0 de copago por día para los días 7 - 90.	Usted paga \$310 de copago por día para los días 1 - 5 y \$0 de copago por día para los días 6 - 90.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios	Usted paga \$0 de copago por cada prueba de diagnóstico cubierta por Medicare.	Usted paga \$20 de copago por cada prueba de diagnóstico cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar	Dentro de la red Usted paga \$15 de copago por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.	Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Días 1 - 20: Usted paga \$0 de copago por día. Días 21 - 100: Usted paga \$176 de copago por día.	Días 1 - 20: Usted paga \$0 de copago por día. Días 21 - 100: Usted paga \$203 de copago por día.
Atención médica urgente	Usted paga \$55 de copago por cada servicio de atención médica urgente cubierto por Medicare.	Usted paga \$15 de copago por cada servicio de atención médica urgente cubierto por Medicare.

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de Medicamentos de forma electrónica.

Introdujimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos” que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones en la cobertura de ciertos medicamentos o ubicarlos en un nivel diferente distribución de costos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año próximo y para consultar si habrá alguna restricción o si su medicamento ha cambiado de nivel de distribución de costos.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare, los cuales lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez al año para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará a su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro provisional, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica del medicamento en el mismo nivel de distribución de costos o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca al que reemplaza. Además, al agregar un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de forma inmediata a un nivel de distribución de costos distinto, o agregar nuevas restricciones, o ambos.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que será reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba notificación del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no obtenga un suministro de un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, aún recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero es posible que le llegue después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su Evidencia de cobertura. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA:

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios para Miembros o pedirle

más información a su proveedor de atención médica, persona que receta o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional” [Extra Help]), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la**

Parte D no se aplique a su caso. Le enviamos un folleto por separado, llamado *Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar medicamentos recetados* (también llamada Cláusula adicional de subsidio para personas de bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help), pero no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre de 2024, llame a Servicios para Miembros y pida su cláusula adicional LIS.

A partir de 2025, habrá tres etapas de **pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura dejarán de existir en el beneficio de la Parte D. El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura también será sustituido por el Programa de Descuentos de los Fabricantes. En el marco del Programa de Descuentos de los Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos que pagan los fabricantes en el marco del Programa de Descuentos de los Fabricantes no se tienen en cuenta en los gastos de bolsillo.

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual. El deducible anual 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 las vacunas para viajes.</p>	<p>El deducible es \$200.</p>	<p>El deducible es \$590.</p>

Cambios en su distribución de costos en la etapa de cobertura inicial

Para los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, su distribución de costos en la Etapa de cobertura inicial cambia de copago a coseguro. Consulte el siguiente cuadro para ver los cambios de 2024 a 2025.

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que proporciona una distribución de costos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrece una distribución de costos preferida; o para recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su Evidencia de cobertura.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra “Lista de medicamentos”. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 de copago</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga \$10 de copago</p> <p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 de copago</p> <p>Usted paga \$10 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Usted paga \$100 de copago</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos de especialidad: Usted paga 30% del costo total.</p> <p>Nivel 6 - Medicamentos de atención seleccionados: Usted paga \$0 de copago</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 de copago</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga \$10 de copago</p> <p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Usted paga 20% del costo total.</p> <p>Usted paga 0%-20% / \$35 máx por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Usted paga 35% del costo total.</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos de especialidad: Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 6 - Medicamentos de atención seleccionados: No disponible</p>
	<p>Una vez que los costos totales por sus medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales por sus medicamentos hayan alcanzado los \$2,000, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>

Cambios a la etapa de cobertura catastrófica

La etapa de cobertura catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan correspondiente a los medicamentos y los productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos que pagan los fabricantes en el marco del Programa de Descuentos de los Fabricantes no se tienen en cuenta en los gastos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6, en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	No aplica	El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago contáctenos al 1-866-901-8000 o visite Medicare.gov .

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en Jefferson Health Plans Giveback (HMO)

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Jefferson Health Plans Giveback (HMO).

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerle contar con usted entre nuestros miembros el año siguiente, pero si quiere cambiar de plan para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese sobre las opciones que tiene y compárelas

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente.
- – *O* – También puede cambiar a Original Medicare. Si elige Original Medicare, deberá decidir si quiere afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible penalidad de inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Localizador de Planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2). Como recordatorio, Jefferson Health Plans ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de distribución de costos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en Jefferson Health Plans Giveback (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Jefferson Health Plans Giveback (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicios para Miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo.

- – *O*– comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare Original el año siguiente, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2025.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, pueden hacerlo las personas con Medicaid, aquellas que obtienen “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar por sus medicamentos, aquellas que tienen o abandonan la cobertura del empleador, y aquellas que se mudan del área de servicio.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo del 2025.

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

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Pennsylvania, el SHIP se llama Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight PA MEDI.

Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores de PA MEDI pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Podrán ayudarle a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. Puede llamar a PA MEDI al 1-800-783-7067. Puede obtener más información sobre PA MEDI si visita el sitio web (www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación, enumeramos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare.** Las personas de ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) con el fin de poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellas personas que califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, comuníquese con:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles 24 horas al día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o
 - la oficina estatal de Medicaid en su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Pennsylvania tiene un programa llamado Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly (PACE) que ayuda a las personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información acerca del programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos.
- **Asistencia para la distribución de costos de medicamentos recetados para personas con HIV/AIDS.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con HIV/AIDS tengan acceso a medicamentos contra el HIV que salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de HIV, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de no asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir asistencia para la distribución de costos en los medicamentos recetados a través Special Pharmaceutical Benefit Program (SPBP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-922-9384.
- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo de medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al (855) 582-2023 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 –Cómo obtener ayuda de Jefferson Health Plans Giveback (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio para Miembros al 1-866-901-8000. (TTY solamente, llame al 1-877-454-8477). El horario de atención para llamadas telefónicas es de del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más información, consulte en la *Evidencia de cobertura* para 2025 de Jefferson Health Plans Giveback (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestra página web

También puede visitar nuestra página web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare. Como recordatorio, nuestra página web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*), además de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 7.2 –Cómo obtener 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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página web de Medicare

Visite la página web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y la Clasificación por Estrellas de la calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Este documento se envía por correo postal todos los años, en otoño, a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no cuenta con un ejemplar de este documento, puede obtenerlo en la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.