

## Jefferson Health Plans Special (HMO D-SNP) ofrecido por Jefferson Health Plans

### Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente se encuentra inscrito en calidad de miembro de Health Partners Medicare Special (HMO-D-SNP). Durante el próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 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](http://www.JeffersonHealthPlans.com/medicare). También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

#### 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

- 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](http://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 Special (HMO D-SNP).
- 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 Special (HMO D-SNP).
- Lea la Sección 2.2, Página 12, 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), 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

### Acerca de Jefferson Health Plans Special (HMO D-SNP)

- Jefferson Health Plans tiene contrato con Medicare para ofrecer planes HMO, HMO-DSNP y PPO. Nuestro HMO-DSNP también tiene un contrato con el programa Medicaid del estado de Pennsylvania. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Medicaid de Pennsylvania para coordinar sus beneficios de Medicaid.

- 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 Special (HMO D-SNP).
-

***Aviso anual de cambios para 2025***  
**Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2025 .....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año próximo .....</b>	<b>6</b>
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 .....	7
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos .....	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	9
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>12</b>
Sección 2.1 – Si decide permanecer en Jefferson Health Plans Special (HMO D-SNP) .....	12
Sección 2.2 – Si decide cambiar de plan .....	12
<b>SECCIÓN 3 Plazo para cambiarse de plan .....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>16</b>
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Jefferson Health Plans Special (HMO D-SNP) .....	16
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare .....	16
Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid .....	17

## Resumen de costos importantes para 2025

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

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$0	\$0
*Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	Nota: Si su nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) cambia, usted puede ser responsable por una prima mensual de hasta \$40.20.	Nota: Si su nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) cambia, usted puede ser responsable por una prima mensual de hasta \$48.40.
<b>Consultas con el médico</b>	Consultas al médico de atención primaria: \$0 de coseguro por visita.  Consultas a especialistas: \$0 de coseguro por visita.	Consultas al médico de atención primaria: \$0 de coseguro por visita.  Consultas a especialistas: \$0 de coseguro por visita.
<b>Estadía hospitalaria para paciente hospitalizado</b>	Usted paga \$0 de deducible; \$0 de copago cada día para los días 1 - 60; \$0 de copago cada día para los días 61 - 90; \$0 de copago cada día para los días 91+ (hasta 60 días de reserva de por vida).	Usted paga \$0 de deducible; \$0 de copago cada día para los días 1 - 60; \$0 de copago cada día para los días 61 - 90; \$0 de copago cada día para los días 91+ (hasta 60 días de reserva de por vida).
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).	Deducible: \$0  Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos genéricos: \$0 de copago</li> <li>• Todos los demás medicamentos: \$0 de copago</li> </ul> Cobertura catastrófica:	Deducible: \$0  Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos genéricos: \$0 de copago</li> <li>• Todos los demás medicamentos: \$0 de copago</li> </ul> Cobertura catastrófica:

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>En esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</li> </ul>
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b>	\$8,850	\$8,850
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).	Si es elegible para la asistencia de la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar los costos hasta el monto máximo de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Si es elegible para la asistencia de la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar los costos hasta el monto máximo de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

## 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)
<b>Prima mensual</b>	\$0	\$0
(Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	Nota: Si su nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) cambia, es posible que usted deba pagar una prima mensual de hasta \$0.	Nota: Si su nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) cambia, es posible que usted deba pagar una prima mensual de hasta \$48.40.

### 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 de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b>	\$8,850	\$8,850
<b>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo de gastos de bolsillo.</b> Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.  Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B 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](http://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 proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

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

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

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (servicios cubiertos y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura de 2025*. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web en [www.JeffersonHealthPlans.com/medicare](http://www.JeffersonHealthPlans.com/medicare). También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

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)
<b>Tarjeta Flex</b>	Tiene una cobertura de hasta \$315 cada trimestre para ayuda con el pago de alimentos y servicios públicos. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles.	Tiene una cobertura de hasta \$260 por trimestre como ayuda para el pago de alimentos y servicios públicos. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles.
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	Tiene cobertura de hasta \$315 por trimestre para artículos de venta libre elegibles. Los montos no utilizados <i>no</i> se transferirán.	Tiene cobertura de hasta \$300 por trimestre para artículos de venta libre elegibles. Los montos no utilizados <i>no</i> se transferirán.
<b>Comidas saludables</b>	Sin cobertura	El miembro podrá recibir 14 comidas al año; comuníquese con el plan de salud para obtener información adicional.
<b>Transporte no médico</b>	Sin cobertura	12 viajes no médicos (al supermercado, al gimnasio, al centro comunitario para personas mayores o al banco u oficina de correos, etc.)
<b>Servicios Oftalmológicos</b>	Usted paga \$0 de copago por su elección de uno de los siguientes, hasta \$500 por año: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de anteojos (lentes y monturas)</li> </ul>	Usted paga \$0 de copago por su elección de uno de los siguientes, hasta \$250 por año: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de anteojos (lentes y monturas)</li> </ul>



Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes de contacto hasta la asignación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes de contacto hasta la asignación</li> </ul>
<b>Artículos y servicios basados en el valor</b>		
<b>Gastos flexibles/Comidas/Transporte no médico/Recompensas</b>		
<p>Para los miembros elegibles (aquellos con nivel 1, 2, 3 del subsidio para bajos ingresos de Medicare y aquellos miembros que viven en ciertos vecindarios/comunidades de los deciles 7 al 10 del índice de privación del área que pueden no ser elegibles únicamente en función de su estado de nivel de subsidio para bajos ingresos de Medicare), ciertos productos agrícolas y otros alimentos están cubiertos. Para estos miembros:</p>		
<p><b>1. Gastos flexibles:</b> la asignación también se puede utilizar para comprar alimentos cubiertos y productos agrícolas o apoyos generales para vivir. Los importes no utilizados no se pueden transferir de un trimestre calendario a otro.</p>		
<p><b>2. Comidas saludables:</b> los miembros elegibles podrán recibir una cantidad determinada de comidas por año. Los importes no utilizados no se pueden transferir de un año calendario a otro.</p>		
<p><b>3. Transporte no médico:</b> a los miembros se les proporcionará una cantidad determinada de viajes a visitas no médicas utilizando ubicaciones establecidas, como supermercados, gimnasios, centros comunitarios y reuniones del comité asesor de inscritos. Los importes no utilizados no se pueden transferir de un año calendario a otro.</p>		
<p><b>4. Recompensas por el cumplimiento con la medicación:</b> el plan da recompensas por el cumplimiento con la medicación para el colesterol, la diabetes o la hipertensión y exige al miembro que tome las siguientes medidas:</p>		
<p>Nota: Jefferson Health Plans ofrece estos beneficios a través de nuestra participación en el Programa de Diseño de Seguros Basado en el Valor de Medicare. La opción de alimentos y productos agrícolas, comidas, transporte y recompensas no es un beneficio cubierto por Medicare o el plan.</p>		

## 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. En la Lista de medicamentos se incluyen muchos de los medicamentos, pero no todos, que cubriremos el próximo año. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que aún esté cubierto. **Puede obtener**

**la Lista completa de medicamentos** llamando a Servicio para Miembros (ver la contraportada) o visitando nuestro sitio web [www.JeffersonHealthPlans.com/medicare](http://www.JeffersonHealthPlans.com/medicare).

Introducimos 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 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 con las mismas o menos restricciones 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 de forma inmediata.

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

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><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar 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 \$0.</p>	<p>El deducible es \$0.</p>

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

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta tabla corresponden a un suministro de un mes cuando surta su receta médica en una farmacia dentro de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos del suministro a largo plazo, o acerca de una farmacia dentro de la red que ofrezca distribución de costos preferidos, consulte el</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><b>Medicamentos genéricos:</b></p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p><b>Todos los demás medicamentos:</b></p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>_____</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><b>Medicamentos genéricos:</b></p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p><b>Todos los demás medicamentos:</b></p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>_____</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Capítulo 6, Sección 5 de su Evidencia de cobertura.</p> <p>Hemos cambiado en 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>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 en la etapa sin cobertura y en 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 Cómo decidir qué plan elegir**

**Sección 2.1 – Si decide permanecer en Jefferson Health Plans Special (HMO D-SNP)**

**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 Special (HMO D-SNP).

**Sección 2.2 – 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.

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](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted de 2025*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (consulte la Sección 4) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 6.2).

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**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Jefferson Health Plans Special (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Jefferson Health Plans Special (HMO D-SNP) 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.

Si cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

## **SECCIÓN 3 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.

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

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

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 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid**

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](http://www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx)).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con Medicaid al 1-800-692-7462, TTY 1-800-451-5886, de lunes a viernes 8:30 a.m. - 5:30 p.m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o cómo regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid.

#### **SECCIÓN 5 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.** Debido a que cuenta con Medicaid, usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional” (Extra Help), también llamada subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda Adicional” (Extra Help) paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Ya que usted califica, no tendrá un período sin cobertura ni será sancionado con multas por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional” (Extra Help), utilice la siguiente información para comunicarse:
  - 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.
  - Puede llamar a 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
  - a 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.

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 6 ¿Tiene preguntas?

### Sección 6.1 –Cómo obtener ayuda de Jefferson Health Plans Special (HMO D-SNP)

¿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 Special (HMO 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 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](http://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](http://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 6.2 –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](http://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](http://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.

---

**Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información de Medicaid puede llamar a Pennsylvania Department of Human Services al 1-800-692-7462. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-451-5886.