

eternalHealth Freedom (PPO) ofrecido por eternalHealth

Notificación anual de cambios para 2025

Usted está inscrito actualmente como miembro de eternalHealth Freedom (PPO). El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte el Resumen de costos importantes en la página 4, incluida la prima.**

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

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

Qué hacer ahora

1. PREGÚNTESE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Revise los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en la atención médica (médicos, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y el costo compartido.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que se siguen cubriendo los medicamentos que toma actualmente.
 - Compare la información del plan en 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, tratamiento escalonado o un límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán dentro de nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: infórmese sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su guía *Medicare & You 2025*. Para obtener ayuda adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un consejero capacitado.
- Una vez que reduzca su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si quiere cambiar su plan

- Tiene hasta el 7 de diciembre de 2024 para unirse a otro plan, de lo contrario, permanecerá en eternalHealth Freedom (PPO).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción con eternalHealth Freedom (PPO).
- Si se trasladó recientemente a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital para tratamientos de larga duración) o actualmente vive en una, puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que sale.

Recursos adicionales

- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-(800) 680-4568. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Esta llamada es gratuita.
- Si necesita información en un idioma o en un formato diferente (como braille, audio o letra grande) o si necesita cualquier otro tipo de ayuda, llámenos al 1-800-680-4568 (TTY 711).
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov//Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de eternalHealth Freedom (PPO)

- eternalHealth es una organización HMO/HMO-POS y PPO con un contrato de Medicare. La inscripción a eternalHealth depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a eternalHealth. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a eternalHealth Freedom (PPO).

H2694-001_ANOC2025_C

Notificación anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en su cantidad máxima de gastos de bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos.....	9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	25
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	29
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir.....	29
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en eternalHealth Freedom (PPO)	29
Sección 3.2 – Si quiere cambiar el plan.....	30
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de planes	31
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	31
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar por medicamentos con receta.....	32
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	33
Sección 7.1 – Obtener ayuda de eternalHealth Freedom (PPO).....	33
Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare.....	34

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 con los costos de 2025 para eternalHealth Freedom (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solo es un resumen de costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser superior a esta cantidad. Consulte la sección 2.1 para más detalles.	\$0	\$0
Máximo de gastos de bolsillo Este es el <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 2.2 para más detalles).	Proveedores dentro de la red: \$6,000 Proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$9,000	Proveedores dentro de la red: \$6,000 Proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$9,000
Visitas al consultorio del médico	Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita Fuera de la red: Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$20 por visita	Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita Fuera de la red: Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$20 por visita
Hospitalizaciones	Dentro de la red: \$370 por día, días 1 a 5 Fuera de la red: 40% de coseguro por estadía	Dentro de la red: \$370 por día para los días 1 a 5 \$0 por día para los días 6 a 90

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		<p>\$0 por día, por el día 91 y después</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>30% de coseguro por estadía</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para más detalles).</p>	<p>Deducible: \$185</p> <p>A excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$5 • Medicamentos de Nivel 3: \$47 <p>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: \$100 <p>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de Nivel 5: 30%</p> <p>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Cobertura catastrófica:</p>	<p>Deducible: \$185</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$5 • Medicamentos de Nivel 3: <p>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: 27% <p>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 5: 30% <p>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la parte D. Usted no paga nada. 	cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

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

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le pide pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D de por vida por quedarse sin otra cobertura de medicamentos que sea por lo menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada cobertura acreditable) por 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos superiores, puede tener que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en su cantidad máxima de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga al año en gastos de bolsillo. Estos límites se denominan cantidad máxima de gastos de bolsillo. Una vez que usted alcanza esta cantidad, generalmente, no paga nada por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Cantidad máxima de gastos de bolsillo dentro de la red</p> <p>Sus gastos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) en un proveedor de la red cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo dentro de la red. Sus gastos por medicamentos con receta no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>	\$6,000	<p style="text-align: center;">\$6,000</p> <p>Una vez que usted ha pagado \$6,000 de su bolsillo para servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red por el resto del año calendario.</p> <p>No habrá cambios en su máximo de gastos de bolsillo dentro de la red para 2025.</p>
<p>Cantidad máxima de gastos de bolsillo combinados</p> <p>Sus gastos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) en proveedores de la red y fuera de la red cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo combinados. Sus gastos por medicamentos con receta ambulatorios no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo para servicios médicos.</p>	\$9,000	<p style="text-align: center;">\$9,000</p> <p>Una vez que usted ha pagado \$9,000 de su bolsillo para servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red o fuera de la red por el resto del año calendario.</p> <p>No habrá cambios en su máximo de gastos de bolsillo combinados dentro de la red para 2025.</p>

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos 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.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web, www.eternalHealth.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o pedir que le enviemos por correo un directorio, lo que haremos dentro de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025* en www.eternalHealth.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2025* en www.eternalHealth.com para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarlo.

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

Vamos a hacer cambios en los costos y los beneficios para determinados servicios médicos el próximo año. La información a continuación describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$250 por servicios de ASC.</p> <p>El copago para las colonoscopias de diagnóstico es de \$0.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga el 30% del costo total de los servicios de ASC.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$250 por servicios de ASC.</p> <p>El copago para las colonoscopias de diagnóstico es de \$0.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga el 20% del costo total de los servicios de ASC.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$20 por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total por visita.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50 por visita.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$15 por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. Se requiere derivación.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total de los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$20 por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. <u>No</u> se requiere derivación.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50 por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Suministros para la diabetes</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 0%-20% del costo total. 0% para fabricantes preferidos, 20% para todos los demás.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 0%-20% del costo total. 0% para fabricantes preferidos, 20% para todos los demás.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 20% del costo total.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Zapatos/plantillas terapéuticos para diabéticos</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 0%-20% del costo total.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 30% del costo total.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 0%-20% del costo total.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 20% del costo total.</p>
<p>Servicios de diálisis</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 0%-20% del costo total.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 30% del costo total.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 0%-20% del costo total.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 20% del costo total.</p>
<p>Equipo médico duradero</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total. Se requiere una derivación para DME por menos de \$500.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 30% del costo total.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total. No se requiere derivación.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 20% del costo total.</p>

Programas de salud y bienestar – Acondicionamiento físico

Dentro de la red:

Usted paga un copago de \$0 por este beneficio.

OnePass ofrece un beneficio de acondicionamiento físico robusto y flexible, que le da a los miembros acceso a varios gimnasios, gimnasios boutique, videos en línea para acondicionamiento físico y kits caseros.

Fuera de la red

Paga el 50% del costo total cuando está fuera de la red OnePass.

Dentro de la red:

Usted paga un copago de \$0 por este beneficio.

OnePass ofrece un beneficio de acondicionamiento físico sólido y flexible, que brinda a los miembros acceso a varios gimnasios, gimnasios boutique, videos de acondicionamiento en línea y un programa de entrenamiento cerebral personalizado en línea para mejorar la salud cognitiva. Los miembros también pueden optar por recibir un kit para el hogar si prefieren hacer ejercicio en casa. Se ofrecen tres kits.

1. Kit de acondicionamiento: banda de resistencia, tubo de ejercicio, anclaje para puerta, tarjetas de ejercicios específicos para equilibrio, coordinación, agilidad, fuerza, cardio y flexibilidad.

2. Kit de yoga: DVA con dos videos de 20 minutos + tapete de yoga, bloque de yoga, correa de yoga.

3. Kit de baile: el kit de baile Zumba Gold incluye un inicio rápido y un DVD exprés de 20 minutos.

Los miembros recibirán \$350 en una tarjeta flexible para pagar rastreadores de actividad física, equipos de acondicionamiento físico para el hogar, como bicicletas fijas y pesas, tarifas de green de golf y tarifas de canchas de tenis y *pickleball*.

Quedan excluidos de la cobertura cualquier tipo de vestimenta, calzado deportivo, tiendas de campaña, cañas de pescar, bastones

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		<p>de senderismo y tarifas de parques nacionales y estatales.</p> <p>Los miembros también tienen acceso a un programa MSK digital por medio de su beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Paga el 50% del costo total cuando está fuera de la red OnePass.</p> <p>Debe pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso.</p>
<p>Servicios de apoyo a domicilio</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de apoyo en el hogar por medio de un proveedor aprobado por el plan.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Usted paga el 50% del costo total de los servicios de apoyo en el hogar.</p>	<p>Los servicios de apoyo a domicilio no están cubiertos.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de atención hospitalaria para pacientes internados	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$370 por día, para los días 1 a 5. Usted paga \$0 por día, para los días 6 a 90. Usted paga \$0 por día, por el día 91 y después</p> <p>Se requiere autorización para ingresos electivos de pacientes hospitalizados.</p> <p>Fuera de la red: Paga el 40% del costo total por admisión.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$370 por día, para los días 1 a 5. Usted paga \$0 por día, para los días 6 a 90. Usted paga \$0 por día, por el día 91 y después</p> <p>Se requiere autorización previa dentro de la red.</p> <p>Fuera de la red: Paga el 30% del costo total por admisión.</p>
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$370 por día, para los días 1 a 5. Usted paga \$0 por día, para los días 6 a 90. Usted paga \$0 por día, por el día 91 y después.</p> <p>Se puede requerir autorización.</p> <p>Fuera de la red: Paga el 40% del costo total por admisión.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$370 por día, para los días 1 a 5. Usted paga \$0 por día, para los días 6 a 90. Usted paga \$0 por día, por el día 91 y después.</p> <p>Se requiere autorización previa dentro de la red.</p> <p>Fuera de la red: Paga el 30% del costo total por admisión.</p>
Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total por visita.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50 por visita.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Programa de comidas después de la hospitalización</p>	<p>El programa de comidas después de la hospitalización no está cubierto.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por este beneficio.</p> <p>Después de recibir el alta de una estadía en un hospital, usted puede ser elegible para recibir hasta dos semanas (28 comidas) de comidas nutritivas y completamente preparadas, enviadas a su hogar, para ayudarlo a recuperarse de su enfermedad/lesiones o controlar su afección.</p> <p>Después de su alta, nuestro equipo de gestión de la atención coordinará su beneficio de comidas. (Las comidas deben ser solicitadas por un gerente de atención médica de eternalHealth).</p> <p>Si se cumplen los criterios, un proveedor aprobado por el plan preparará y entregará las comidas en su domicilio sin costo alguno para usted.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por este programa.</p> <p>Las comidas deben ser solicitadas por un administrador de atención médica de eternalHealth por medio de un proveedor aprobado por el plan.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$30 por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$0 por visita.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$30 por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 20% del costo total por visita.</p>
<p>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$15 por visita.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 50% del costo total por visita.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por visita.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$50 por visita.</p>
<p>Anteojos cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por anteojos cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 50% del costo total de los anteojos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por anteojos cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$0 por anteojos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Exámenes auditivos cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$15 por visita.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 50% del costo total por visita.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por visita.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$50 por visita.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios preventivos cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por los servicios preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 30% del costo total de los servicios preventivos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por los servicios preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$0 por los servicios preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 0%-20% del costo total de los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 30% del costo total de los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 0%-20% del costo total de los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% para medicamentos de la Parte B, a menos que el IRA requiera un copago menor.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 20% del costo total de los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>
<p>Masaje terapéutico no cubierto por Medicare</p>	<p>El masaje terapéutico no cubierto por Medicare no está cubierto.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$20 por visita.</p> <p>A los miembros se les permiten hasta 20 visitas por año calendario.</p> <p>Fuera de la red Tiene \$50 de copago por visita.</p> <p>A los miembros se les permiten hasta 20 visitas por año calendario.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios de terapia ocupacional</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$40 por visita. Se requiere derivación.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$20 por visita. <u>No</u> se requiere derivación.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50 por visita.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total por visita.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50 por visita.</p>
<p>Otro profesional de la salud</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 - \$25 por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$55 por visita.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50 por visita.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios de sangre para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de sangre para pacientes externos.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Usted paga el 30% del costo total de los servicios de sangre para pacientes externos.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de sangre para pacientes externos.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Usted paga el 20% del costo total de los servicios de sangre para pacientes externos.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0-\$30 por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare en un consultorio.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare en un centro independiente.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga el 30% del costo total de los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total de los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por radiografía ambulatoria.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0-\$10 por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare en un consultorio.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare en un centro independiente.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga el 20% del costo total de los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total de los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por radiografía ambulatoria.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$350 por servicios de observación.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios de observación dentro de la red.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por los servicios de observación.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$350 por servicios de observación.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa para los servicios de observación dentro de la red.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por los servicios de observación.</p>
Servicios hospitalarios para pacientes externos	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$350 por servicios hospitalarios para pacientes externos.</p> <p>El copago para las colonoscopias de diagnóstico es de \$0.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga el 40% del costo total de los servicios hospitalarios ambulatorios.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$350 por servicios hospitalarios para pacientes externos.</p> <p>El copago para las colonoscopias de diagnóstico es de \$0.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga el 20% del costo total de los servicios hospitalarios ambulatorios.</p>
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio PERS por medio de Connect America.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Usted paga el 50% del costo total del beneficio PERS si no lo hace mediante Connect America.</p>	<p>El sistema personal de respuesta a emergencias (PERS) no está cubierto.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$40 por visita. Se requiere una derivación.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total por visita.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$20 por visita. <u>No</u> se requiere una derivación.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50 por visita.</p>
<p>Servicios de podiatría</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$35 por servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total de los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0-\$25 por servicios de podología cubiertos por Medicare. La atención de podología para diabéticos tiene un copago de \$0. Todas las demás visitas de podología cubiertas por Medicare tienen un copago de \$25.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50 por servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios odontológicos preventivos e integrales sin cobertura de Medicare</p>	<p>Dentro de la red y fuera de la red Usted paga un copago de \$0 por este beneficio. eternalHealth pagará hasta \$4,000 al año por servicios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare. Se accede al beneficio con su tarjeta de medicamentos de venta libre (OTC)/odontología.</p>	<p>Dentro de la red y fuera de la red Usted paga un copago de \$0 por este beneficio. eternalHealth pagará hasta \$3,000 al año por servicios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare. Se accede al beneficio con su tarjeta de beneficios eternalPlus.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Prótesis y suministros médicos</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 30% del costo total.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 20% del costo total.</p>
<p>Servicios psiquiátricos. Sesiones individuales y grupales</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 - \$25 por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total por visita.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 - \$25 por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50 por visita.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$15 por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total por visita.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50 por visita.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios de acupuntura y quiropráctica de rutina</p>	<p>Los servicios de acupuntura y quiropráctica de rutina no están cubiertos.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por servicios de acupuntura y quiropráctica de rutina.</p> <p>Hay un límite combinado de 20 visitas por año calendario.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por servicios de acupuntura y quiropráctica de rutina.</p> <p>Hay un límite combinado de 20 visitas por año calendario.</p>
<p>Servicios rutinarios de la vista</p>	<p>Ilimitado</p>	<p>Un examen ocular de rutina por año.</p> <p>Un par de anteojos/lentes de contacto por año.</p>
<p>Servicios auditivos de rutina</p>	<p>Ilimitado</p>	<p>Un examen auditivo de rutina por año.</p> <p>Los audífonos están limitados a dos por año (uno por oído por año).</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$203 por día durante los días 21 a 100.</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Paga el 30% del costo total por admisión.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$203 por día durante los días 21 a 100.</p> <p>Se requiere autorización previa dentro de la red.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Paga el 25% del costo total por admisión.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos*</p>	<p>Dentro de la red y fuera de la red</p> <p>Los miembros elegibles reciben un beneficio estándar de \$60 cada tres meses para alimentación saludable y productos agrícolas o medicamentos de venta libre. Esos dólares se agregan a su tarjeta de productos de venta libre cada trimestre.</p> <p>*Este beneficio no se aplica a su costo máximo de bolsillo.</p>	<p>Los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos no están cubiertos.</p>
<p>Servicios de tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por visita.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por visita.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por visita.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios de transporte</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por viajes ilimitados a ubicaciones médicas y farmacias.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 50% del costo total por viaje.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes de ida para citas médicas/dentales o a su farmacia.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 50% del costo total por viaje. El miembro debe pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso.</p>
<p>Cobertura de emergencia mundial</p>	<p>No existe un monto máximo de cobertura de beneficios del plan para la cobertura de emergencia mundial.</p>	<p>Hay un beneficio máximo de \$25,000 del plan para cobertura de emergencia mundial.</p>

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

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

Realizamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o trasladarlos 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 ver si habrá alguna restricción o si su medicamento ha sido trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el principio de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la Lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará 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 principio del año o durante el año, por favor revise el capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para obtener más información.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

Nota: si usted está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre costos de medicamentos con receta de la parte D no le corresponde.** Le enviamos un inserto aparte denominado *Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar medicamentos con receta* (también conocida como *Cláusula de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula LIS*), en el que se le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del 1 de octubre de 2024, llame a Servicios para los miembros y solicite la *Cláusula 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 en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuento de período sin cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuento de período sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuento del fabricante. Según el Programa de descuento del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes conforme al Programa de descuento del fabricante no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos no preferidos y medicamentos de especialidad hasta alcanzar 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 que son contra el herpes zóster y el tétanos o para viajar.</p>	<p>El deducible es \$185.</p> <p>Durante esta etapa usted paga \$0 de costo compartido por medicamentos de Nivel 1, \$5 de costo compartido por medicamentos de Nivel 2 y el costo total de medicamentos de Nivel 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$185.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 1, \$5 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 2, \$47 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 3 y el costo total de los medicamentos del Nivel 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para los medicamentos de Nivel 4 (medicamentos no preferidos), su costo compartido 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>Una vez que paga el deducible anual, usted pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Para 2024, usted pagó un copago de \$100 por medicamentos del Nivel 4. Para 2025, pagará un</p>	<p>Nivel 1 - Genéricos preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 – Genéricos no preferidos:</p> <p>Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Nivel 3 - Marcas preferidas:</p>	<p>Nivel 1 - Genéricos preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 - Genéricos:</p> <p>Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Nivel 3 - Marcas preferidas:</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>coseguro del 27% por los medicamentos de este nivel.</p> <p>Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo o de recetas pedidas por correo, consulte la sección 5 del capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel para algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, 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>Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga el 100% del costo total. El costo de una receta médica por correo de un mes es de \$100 del costo total.</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos de especialidad: Usted paga el 30% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga el 27% del costo total. El costo de un medicamento recetado para un mes pedido por correo es el 27% del costo total.</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos de especialidad: Usted paga el 30% del costo total.</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 (la 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 de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes conforme al Programa de descuento del fabricante no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la sección 6 del capítulo 6 en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare</p>	<p>No corresponde</p>	<p>El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero – diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-(800) 680-4568 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en eternalHealth Freedom (PPO)

Para permanecer en nuestro plan, usted no tiene que hacer nada. Si no se registra en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro eternalHealth Freedom (PPO).

Sección 3.2 – Si quiere cambiar el plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero, si quiere cambiar el plan para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede unirse a un plan de salud de Medicare diferente.
- – *O BIEN* – puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para conocer más acerca de Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea la guía *Medicare & You 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (consulte la sección 5) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

Como recordatorio, eternalHealth ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden ser diferentes en cobertura, primas mensuales y montos de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en el plan eternalHealth Freedom (PPO) se cancelará de forma automática.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en el plan eternalHealth Freedom (PPO) se cancelará de forma automática.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
 - enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con Servicios para los miembros.
 - – *O BIEN* – 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 Fecha límite para cambiar de planes

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, los cambios también se permiten en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen personas con Medicaid, personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, personas que tienen o van a dejar la cobertura de su empleador y los que se muden fuera del área de servicio.

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

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

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Massachusetts, el SHIP se denomina Serving Health Insurance Needs of Everyone (SHINE).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a Nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del *SHINE* pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. También pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a SHINE al 1-(800) 243-4636. Puede obtener más información sobre SHINE visitando su sitio web (<https://shinema.org>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar por medicamentos con receta

Usted puede ser elegible para recibir ayuda con el pago de medicamentos con receta. A continuación, nombramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted es elegible, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán una penalización por inscripción tardía. Para ver si es elegible, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes para comunicarse con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - A su oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica.** Massachusetts tiene un programa llamado Prescription Advantage que ayuda a las personas a pagar por medicamentos con receta basándose en sus necesidades financieras, su edad o su enfermedad. Para conocer más acerca del programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico.

Asistencia de costo compartido en medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA. El Programa de asistencia con medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a asegurarse de que las personas elegibles que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos del Programa de Asistencia de Medicamentos para el VIH de Massachusetts (Massachusetts HIV Drug Assistance Program, HDAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el VIH de Massachusetts (HDAP), al 1-(617) 502-1700 o al número gratuito 1-(800) 228-2714, o escriba a AccessHealthMA Attn: HDAP, The Schrafft’s City Center, 529 Main Street, Suite 301, Boston, MA 02129. Al llamar, asegúrese de informarles el nombre de su plan o número de póliza de la Parte D de Medicare.

- **El 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 ayudará a administrar sus gastos de bolsillo en medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero – diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos de medicamentos.**

La “ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación 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 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 1-(800) 680-4568 (711 solo para TTY) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Obtener ayuda de eternalHealth Freedom (PPO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para los miembros al 1-(800) 680-4568 (711 solo para TTY). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre el horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Las llamadas a este número son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2025* (tiene detalles acerca de los beneficios y costos del próximo año)

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para conocer más detalles revise la *Evidencia de cobertura de 2025* de eternalHealth Freedom (PPO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que usted debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web www.eternalHealth.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.eternalHealth.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*directorío de proveedores*) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario o Lista de medicamentos*).

Sección 7.2 – 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 el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare & You 2025*

Lea la guía *Medicare & You 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de 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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.