

eternalHealth Horizon (HMO) ofrecido por eternalHealth

Notificación anual de cambios para 2025

Usted está inscrito actualmente como miembro de eternalHealth Horizon (HMO). 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 acerca de costos, beneficios o normas, por favor 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 pedirnos que le enviemos 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. PREGÚTESE: ¿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 sigan 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 Horizon (HMO).
- 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 en eternalHealth Horizon (HMO).
- 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

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- 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 de atención 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 Horizon (HMO)

- 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 Horizon (HMO).

H3551-001_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.....	14
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	18
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	19
Sección 3.1 – Si usted quiere permanecer en eternalHealth Horizon (HMO).....	19
Sección 3.2 – Si quiere cambiar el plan.....	19
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de planes	20
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	20
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar por medicamentos con receta.....	21
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	22
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de eternalHealth Horizon (HMO).....	22
Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare.....	22

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y los costos de 2025 para eternalHealth Horizon (HMO) 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.	\$43.20	\$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).	\$3,350	\$3,350
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita. Visitas a especialistas: copago de \$0 por visita.	Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita. Visitas a especialistas: copago de \$0 por visita.
Hospitalizaciones	Usted paga \$150 por día, para los días 1 a 6. Usted paga \$0 por día, para los días 7 a 90. Usted paga un copago de \$0 por día, por el día 91 y después.	Usted paga \$150 por día, para los días 1 a 7. Usted paga \$0 por día, para los días 8 a 90. Usted paga un copago de \$0 por día, por el día 91 y después
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D	Deducible: \$0	Deducible: \$200

(Consulte la sección 2.5 para más detalles).

Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:

- Medicamentos de Nivel 1: copago de \$0.
- Medicamentos de Nivel 2: copago de \$5.
- Medicamentos de Nivel 3: copago de \$45.

Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- Medicamentos de Nivel 4: copago de \$100.

Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- Medicamentos de Nivel 5: 33% de coseguro.

Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Cobertura catastrófica:
Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la parte D. Usted no paga nada.

\$200 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:

- Medicamentos de Nivel 1: copago de \$0.
- Medicamentos de Nivel 2: copago de \$5.
- Medicamentos de Nivel 3: copago de \$45.

Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- Medicamentos de Nivel 4: 28% de coseguro.

Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- Medicamentos de Nivel 5: 30% de coseguro.

Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Cobertura catastrófica:
Durante esta etapa de pago, usted no paga nada

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
por los medicamentos cubiertos de la Parte D.		

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual	\$43.20	\$0
Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.		

- 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. Este límite se llama 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>Máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Sus gastos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Sus gastos por medicamentos con receta no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>	\$3,350	<p style="text-align: center;">\$3,350</p> <p>Cuando haya pagado \$3,350 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 por el resto del año calendario.</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 ambulancia terrestre y aérea	Usted paga un copago de \$255 por viaje.	Usted paga un copago de \$250 por viaje.
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga un copago de \$0 por visita.	Usted paga un copago de \$15 por visita.

Programas educativos sobre salud y bienestar

Acondicionamiento físico

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

OnePass es un beneficio de acondicionamiento físico sólido y flexible, que brinda acceso a varios gimnasios, gimnasios boutique, videos de acondicionamiento físico en línea y kits caseros. Para más información, llame a Servicios para los miembros.

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 también tienen acceso a un programa MSK digital por medio de su beneficio de acondicionamiento físico.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de atención hospitalaria para pacientes internados	<p>Usted paga un copago de \$150 por día durante los días 1 a 6.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 7 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día, por el día 91 y después.</p>	<p>Usted paga un copago de \$150 por día durante los días 1 a 7.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 8 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día, por el día 91 y después.</p>
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico	<p>Usted paga un copago de \$150 por día durante los días 1 a 6.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 7 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día, por el día 91 y después.</p>	<p>Usted paga un copago de \$150 por día durante los días 1 a 7.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 8 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día, por el día 91 y después.</p>
Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca	<p>Usted paga un copago de \$0 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por visita.</p>
Exámenes de la vista cubiertos por Medicare	<p>Usted paga un copago de \$15 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por visita.</p>
Exámenes auditivos cubiertos por Medicare	<p>Usted paga un copago de \$15 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por visita.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Artículos de venta libre</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por este beneficio.</p> <p>Nuestro plan ofrece una asignación trimestral de hasta \$110 para cubrir los artículos de venta libre aprobados por Medicare que se compran para el uso del miembro en nuestro catálogo o farmacias minoristas.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por este beneficio.</p> <p>Nuestro plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$60 por trimestre calendario financiados con su tarjeta de beneficios eternalPlus en colaboración con Nations Benefits. • Los fondos no utilizados no se transfieren al siguiente trimestre calendario. • Hay tres formas convenientes de utilizar su beneficio OTC: <ol style="list-style-type: none"> 1. En persona en farmacias o supermercados participantes. 2. En línea por medio de su portal de Nations. 3. Pedido por correo.
<p>Servicios de podiatría</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por visita.</p>
<p>Servicios odontológicos preventivos e integrales</p>	<p>eternalHealth pagará hasta \$4,500 por año por servicios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare.</p> <p>Se accede al beneficio con su tarjeta de medicamentos de venta libre (OTC)/odontología.</p>	<p>Hay una asignación anual de \$3,500 para servicios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare.</p> <p>Se accede al beneficio con su tarjeta de beneficios eternalPlus.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de rehabilitación pulmonar	Usted paga un copago de \$0 por visita.	Usted paga un copago de \$15 por visita.
Beneficio de reducción de costos compartidos	Reducción en costos compartidos <u>no</u> cubierta.	<p>Usted paga un copago de \$0 por este beneficio.</p> <p>Recibirá \$200 por trimestre en su tarjeta de beneficios eternalPlus para usar en el costo compartido de los siguientes servicios.</p> <p>Servicios de rehabilitación cardíaca Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca Servicios de rehabilitación pulmonar SET para servicios PAD Servicios de urgencia Servicios de quiropráctica Servicios de terapia ocupacional Sesiones individuales y grupales para servicios especializados de salud mental Servicios de podiatría Servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje Sesiones individuales y grupales para servicios de psiquiatría Servicios del programa de tratamiento para opioides Procedimientos/pruebas de diagnóstico Servicios de radiología diagnóstica y terapéutica Servicios de radiología para pacientes externos</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios auditivos de rutina	Ilimitado.	Un examen auditivo de rutina por año. Los audífonos están limitados a dos por año (uno por oído por año).
Servicios rutinarios de la vista	Ilimitado.	Un examen ocular de rutina por año. Un par de anteojos/lentes de contacto por año.
Servicios radiológicos terapéuticos	Usted paga el 20% del costo total por visita.	Usted paga un copago de \$60 por visita.
Cobertura de emergencia mundial	No existe un monto máximo de cobertura de beneficios del plan para la cobertura de emergencia en todo el mundo.	Hay un beneficio máximo de \$25,000 del plan para cobertura de emergencia en todo el mundo.

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. **Puede obtener la Lista completa** de medicamentos llamando a Servicios para los miembros (consulte la contraportada) o visitando nuestro sitio web (www.eternalHealth.com).

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 de Nivel 4 y Nivel 5 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>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no corresponde para usted.</p>	<p>El deducible es \$200.</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 y \$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 del Nivel 3 , 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 coseguro del 28% por los medicamentos de este nivel.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas pedidas por correo, consulte la sección 5 del capítulo 6 de su Evidencia de cobertura.</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>Nivel 1 - Genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 - Genéricos: Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Nivel 3 - Marcas preferidas: Usted paga \$45 por receta.</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$100 por receta.</p> <p>El costo de un medicamento recetado para un mes pedido por correo es de \$100.</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos de especialidad Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>El costo de un medicamento recetado para un mes pedido por correo es el 33% 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>Nivel 1 - Genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 - Genéricos: Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Nivel 3 - Marcas preferidas: Usted paga \$45 por receta.</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga el 28% del costo total.</p> <p>El costo de un medicamento recetado para un mes pedido por correo es del 28% del coseguro.</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos de especialidad Usted paga el 30% del costo total.</p> <p>El costo de un medicamento recetado para un mes pedido por correo es 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)
Servicios de observación – Autorización previa	Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	No corresponde.	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura 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). Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-(800) 680-4568 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si usted quiere permanecer en eternalHealth Horizon (HMO)

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 hasta el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro eternalHealth Horizon (HMO).

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 6) o llame a Medicare (consulte la sección 8.2).

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. Se le cancelará automáticamente su inscripción en eternalHealth Horizon (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se le cancelará automáticamente su inscripción en eternalHealth Horizon (HMO).
- 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 Arizona, se llama Programa estatal de Arizona de asistencia sobre el seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

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 Programa de asistencia sobre el seguro médico del estado de Arizona (SHIP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare. También pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de asistencia sobre el seguro médico del estado de Arizona al 1 (800) 432-4040. Puede obtener más información sobre el Programa de asistencia sobre el seguro médico del estado de Arizona visitando su sitio web ([Medicare Assistance | Arizona Department of Economic Security \[az.gov\]](https://www.az.gov/medicare-assistance)).

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.

- **“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.
- **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 asistencia con los costos compartidos mediante el ADAP de Arizona. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 602-364-3610 o envíe un mensaje de texto al 480-601-4943 o envíe un correo electrónico a careandservices@azdhs.gov. 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 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de eternalHealth Horizon (HMO)

¿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 estos números 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 obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* para eternalHealth Horizon (HMO). 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 (*directorio 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.