

eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) ofrecido por eternalHealth

Notificación anual de cambios para 2025

Usted está inscrito actualmente como miembro de eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS). 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).
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
- 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

- Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS).
- 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 Valor Give Back (HMO-POS).
- 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 a 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). 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.

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 Valor Give Back (HMO-POS)

- eternalHealth es una organización HMO 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 se dice “el plan” o “nuestro plan”, es eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS).
- Este plan no incluye cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, y usted no puede estar inscrito en un plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare por separado y en este plan al mismo tiempo. Nota: si no tiene cobertura de medicamentos con receta de Medicare, o una cobertura de medicamentos con receta

acreditable (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro.

H3551-003_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 la red de proveedores.....	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	14
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	14
Sección 3.1 – Si desea permanecer en el plan eternalHealth Valor Give Back (HMO- POS)	14
Sección 3.2 – Si quiere cambiar el plan	14
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de planes	15
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	16
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?.....	16
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS).....	16
Sección 6.2 – Obtener ayuda de Medicare	17

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) 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 (Consulte la sección 1.1 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 1.2 para más detalles).	\$5,500	\$5,500
Visitas al consultorio del médico	Dentro de la red y fuera de la red: Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita. Dentro de la red: Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita. Fuera de la red: \$25 de copago por visita.	Dentro de la red y fuera de la red: Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita. Dentro de la red: Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita. Fuera de la red: \$25 de copago por visita.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>En cada período de beneficios, paga:</p> <p>Días 1 a 60 (de cada período de beneficios): \$0 después de alcanzar su deducible de la parte A.</p> <p>Días 61 a 90 (de cada período de beneficios): \$408 de coseguro cada día.</p> <p>Después del día 90 (de cada período de beneficios): \$816 de coseguro cada día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.</p>	<p>En cada período de beneficios, paga:</p> <p>Días 1 a 60 (de cada período de beneficios): \$0 después de alcanzar su deducible de la parte A.</p> <p>Días 61 a 90 (de cada período de beneficios): \$408 de coseguro cada día.</p> <p>Después del día 90 (de cada período de beneficios): \$816 de coseguro cada día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.</p> <p>Estos son los montos de costo compartido de 2024 y pueden cambiar para 2025. eternalHealth proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p>

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 mensual en 2025.
Reducción de la prima de la Parte B	\$85 por mes.	\$100 por mes.

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.</p>	<p>\$5,500</p>	<p>\$5,500</p> <p>No habrá cambios en su máximo de gastos de bolsillo para 2025.</p> <p>Cuando haya pagado \$5,500 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 la red de proveedores

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 el proveedor o pedir 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.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) 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)
<p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por este beneficio.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por este beneficio.</p>
<p>Acondicionamiento físico</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kit de acondicionamiento 2. Kit de yoga 3. Kit de baile <p>Los miembros también reciben un reembolso anual de \$300 por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Tarifas pagadas por actividades aeróbicas/de acondicionamiento físico o cuotas de membresía a un club de acondicionamiento físico calificado que no participa con One Pass. Tarifas de actividades como tarifas de <i>pickleball</i>, tarifas de <i>green</i> de golf, pases y tarifas de esquí/telesilla, bolos, yoga, estiramientos, clases de baile.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> · Pesas y suministros de acondicionamiento físico como pedales de ejercicio, colchonetas de yoga, bandas de ejercicio. · Artículos portátiles como dispositivos de rastreo. <p>Los miembros también tendrán acceso a MSK (fisioterapia) digital por medio de un proveedor aprobado por el plan.</p>
Servicios de apoyo a domicilio	<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>Los servicios de apoyo a domicilio no están cubiertos.</p>
Programa de comidas después de la hospitalización	<p>El programa de comidas después de la hospitalización no está cubierto.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por este programa.</p> <p>Los miembros elegibles pueden recibir 14 días/28 comidas al alta.</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> <p>No existe un límite anual para el número de estadías después de las cuales se pueden proporcionar comidas posteriores al alta.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Artículos de venta libre	<p>Usted paga un copago de \$0 por este beneficio.</p> <p>Nuestro plan ofrece una asignación trimestral de hasta \$75 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 \$50 por trimestre calendario financiados en 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
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)	<p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio PERS por medio de Connect America.</p>	<p>El sistema personal de respuesta a emergencias (PERS) no está cubierto.</p>
Servicios rutinarios de la vista	<p>Ilimitado.</p>	<p>Un examen ocular de rutina por año.</p> <p>Un par de anteojos/lentes de contacto por año.</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).

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos</p>	<p>Los miembros elegibles reciben un beneficio estándar de \$50 cada tres meses para alimentación saludable y productos agrícolas o artículos de venta libre. Esos dólares se agregan a su tarjeta de productos de venta libre cada trimestre.</p>	<p>Los miembros elegibles reciben un beneficio adicional de \$300 cada tres meses para lo siguiente:</p> <p>Alimentos y productos agrícolas saludables</p> <p>Gasolina para automóviles</p> <p>Servicios públicos y gas para el hogar; y</p> <p>Los siguientes elementos de seguridad para el hogar y el baño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alfombrillas de baño antideslizantes • Silla de ducha • Cinta para alfombras • Barandilla de cama • Luces LED de noche • Dispositivos de transferencia • Asiento de inodoro elevado • Barandillas • Barras de apoyo • Rampas temporales • Cabezal de ducha de mano • Marco de cama de hospital ajustable que se extiende sobre la cobertura OM • Soporte para cabezal de ducha
<p>Servicios de transporte</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por viajes ilimitados a ubicaciones médicas y farmacias.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes de ida para citas médicas/dentales o a su farmacia.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Cobertura de emergencia mundial	No existe un beneficio máximo de cobertura del plan para la cobertura de emergencia mundial.	Hay un beneficio máximo de \$25,000 del plan para cobertura de emergencia mundial.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos. Autorización previa	Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en el plan eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS)

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 Valor Give Back (HMO-POS).

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, podría tener una posible multa por inscripción tardía en 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 (SHIP) (consulte la sección 5) o llame a Medicare (consulte la sección 6.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se le cancelará automáticamente su inscripción en eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se le cancelará automáticamente su inscripción en eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS).
- 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 (Arizona State Health Insurance Assistance Program) 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 la *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 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para los miembros al 1-(800) 680-4568. (Llame al 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 Valor Give Back (HMO-POS). 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*).

Sección 6.2 – 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.