



ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS) ofrecido por ConnectiCare, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente está inscrito/a como miembro de ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

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

Qué debe hacer ahora

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

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si estos le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Revise los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos se está cambiando a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o un límite de cantidad, para 2025.
- Revise si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Revise si califica para recibir ayuda con el pago de los 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: Conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare/ o consulte la lista que se encuentra al dorso de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Cuando reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS).
- Para cambiar a **otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS).
- Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de pasarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible en español de forma gratuita.
- Comuníquese con el número del Servicio de Atención a Miembros al **1-800-224-2273** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- También podemos proporcionar información de manera que le sea útil a usted (información en formatos alternativos). Comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros llamando al número que se indicó anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura conforme a este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC, siglas en inglés)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, siglas en inglés). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)

- ConnectiCare, Inc. es un plan HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento diga “nosotros”, “nos” o “nuestro” hace referencia a ConnectiCare, Inc. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS).

H3528_202490CY25_M

Aviso anual de cambios para 2025
Índice

Resumen de costos importantes para 20255

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....8

 Sección 1.1: Cambios en la prima mensual8

 Sección 1.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo.....8

 Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias9

 Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos..... 10

 Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D22

SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....26

SECCIÓN 3 Qué plan elegir26

 Sección 3.1: Si desea permanecer en ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS).....26

 Sección 3.2: Si desea cambiar de plan26

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan.....27

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare28

SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta28

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?29

 Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS).....29

 Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....30

Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2024 y los costos de 2025 de ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$51.00	\$36.00
*Su prima puede ser mayor o menor que este importe. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.		
Importe de gasto máximo de bolsillo	\$6,350 (Servicios dentro de la red)	\$6,350 (Servicios dentro de la red)
Esto es lo <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 conocer los detalles).	\$10,000 (Servicios fuera de la red)	\$10,000 (Servicios fuera de la red)
Visitas al consultorio médico	<p><u>Visitas de atención primaria: Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$5 por cada visita</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 35 % del costo total por cada visita</p> <p><u>Visitas a especialistas: Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$50 por cada visita</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 35 % del costo total por cada visita</p>	<p><u>Visitas de atención primaria: Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$5 por cada visita</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 40 % del costo total por cada visita</p> <p><u>Visitas a especialistas: Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$50 por cada visita</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 40 % del costo total por cada visita</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Estancias hospitalarias de pacientes ingresados</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 4: copago de \$495 por día. Copago de \$0 por día por cada día adicional, para cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total de cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 5: copago de \$495 por día. Copago de \$0 por día por cada día adicional, para cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para conocer los detalles).</p>	<p>Deducible: \$300, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago o coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de nivel 1: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$9 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de nivel 2: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p>	<p>Deducible: \$300, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago o coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de nivel 1: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$9 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de nivel 2: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p>

(continúa en la siguiente página)

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cobertura de medicamentos con receta Parte D (continuación)	Medicamentos de nivel 3: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$42 por medicamento con receta.	Medicamentos de nivel 3: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$42 por medicamento con receta.
	Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Medicamentos de nivel 4: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta.	Medicamentos de nivel 4: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta.
	Medicamentos de nivel 5: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 27 % del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 27 % del costo total.	Medicamentos de nivel 5: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 27 % del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 27 % del costo total.
	Medicamentos de nivel 6: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.	Medicamentos de nivel 6: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.
	(continúa en la siguiente página)	

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cobertura de medicamentos con receta Parte D (continuación)	Cobertura contra catástrofes: <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga todo el costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. 	Cobertura contra catástrofes: <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga todo el costo de sus 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 (próximo año)
Prima mensual	\$51.00	\$36.00
(También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).		
Servicios dentales suplementarios opcionales		
Plan Dental POS con un máximo de \$2,000 por año calendario	\$25	\$27
Plan Dental POS con un máximo de \$3,000 por año calendario	\$32	\$35
Plan Dental Indemnity con un máximo de \$3,500 por año calendario	\$69	\$128

- Su prima mensual del plan será *mayor* si usted debe pagar una penalidad por inscripción tardía a la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que tenga, como mínimo, la misma calidad de la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si sus ingresos son mayores, es posible que deba pagar un importe adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 para obtener información sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina importe de gasto máximo de bolsillo. Cuando alcanza este importe, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Importe de gasto máximo de bolsillo	\$6,350 (Servicios dentro de la red)	\$6,350 (Servicios dentro de la red)
Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo.		Cuando haya pagado \$6,350 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red durante el resto del año calendario.
	\$10,000 (Servicios fuera de la red)	\$10,000 (Servicios fuera de la red)
		Cuando haya pagado \$10,000 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B fuera de la red, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B fuera de la red durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Es posible que los importes que usted paga por los medicamentos con receta dependan de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se llenan en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con una participación en los costos preferida, que pueden ofrecerle una participación en los costos más baja que la participación en los costos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para determinados medicamentos.

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un directorio, que le enviaremos por correo dentro de los tres días hábiles.

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025 en connecticare.com/medicare* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

El próximo año no se aplicarán cambios en nuestra red de farmacias.

Es importante que sepa que podemos implementar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de

mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicio de Atención a Miembros para que podamos ayudarle.

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

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Acupuntura	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Los servicios de acupuntura que se realicen fuera de la red no están cubiertos.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Los servicios de acupuntura que se realicen fuera de la red no están cubiertos.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Centros quirúrgicos ambulatorios	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$200 por una visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total por una visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$200 por una visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 por colonoscopia de diagnóstico.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por una visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Servicios de rehabilitación cardíaca	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de quiropráctica</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$20 por servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total de los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$20 por servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</p>
<p>Cobertura dental de Medicare</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total de los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>
<p>Suministros, servicios, zapatos e insertos para diabéticos</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total por suministros, servicios, zapatos e insertos para diabéticos.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total por suministros, servicios, zapatos e insertos para diabéticos.</p> <p>Suministros para diabéticos limitados a las marcas de Abbott.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total por suministros, servicios, zapatos e insertos para diabéticos.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por suministros, servicios, zapatos e insertos para diabéticos.</p> <p>Suministros para diabéticos limitados a las marcas de Abbott.</p>
<p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$25 para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$25 para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Radiología de diagnóstico	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$275 para los servicios de radiología de diagnóstico.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total por radiología de diagnóstico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$275 para los servicios de radiología de diagnóstico.</p> <p>\$0 por mamografía de diagnóstico.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por radiología de diagnóstico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Visitas al consultorio médico	<p><u>Visitas de atención primaria: Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$5 por cada visita.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 35 % del costo total por cada visita.</p> <p><u>Visitas a especialistas: Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$50 por cada visita.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 35 % del costo total por cada visita.</p>	<p><u>Visitas de atención primaria: Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$5 por cada visita.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 40 % del costo total por cada visita.</p> <p><u>Visitas a especialistas: Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$50 por cada visita.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 40 % del costo total por cada visita.</p>
Equipo médico duradero	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total para equipo médico duradero.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total para equipo médico duradero.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total para equipo médico duradero.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total para equipo médico duradero.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Atención de emergencia/Servicios posteriores a la estabilización</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por atención de emergencia/servicios posteriores a la estabilización cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.</p>	<p>Usted paga un copago de \$125 por atención de emergencia/servicios posteriores a la estabilización cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.</p>
<p>Servicios de audición</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por un examen auditivo de rutina por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por los exámenes de audición cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total de un examen auditivo de rutina por año.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total por los exámenes auditivos cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 por un examen auditivo de rutina por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por los exámenes de audición cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de un examen auditivo de rutina por año.</p> <p>Usted paga el 40 % del costo total por los exámenes auditivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Salud en el hogar</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 por los servicios de salud en el hogar.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total de los servicios de salud en el hogar.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 por los servicios de salud en el hogar.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios de salud en el hogar.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Estancias hospitalarias de pacientes ingresados</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 4: copago de \$495 por día. Copago de \$0 por día por cada día adicional, para cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total de cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 5: copago de \$495 por día. Copago de \$0 por día por cada día adicional, para cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Estadías de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$2,179 por cada estadía de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total por cada estadía de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$2,290 por cada estadía de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por cada estadía de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$60 por los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total para los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$55 por los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total para los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p>
<p>Educación sobre enfermedad renal</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 0 % del costo total de la educación sobre la enfermedad renal.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total de la educación sobre la enfermedad renal.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 0 % del costo total de la educación sobre la enfermedad renal.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de la educación sobre la enfermedad renal.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de laboratorio</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 por los servicios de laboratorio prestados en un consultorio o centro independiente.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por los servicios de laboratorio realizados en todas las demás ubicaciones.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total de los servicios de laboratorio.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 por los servicios de laboratorio prestados en un consultorio o centro independiente.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por los servicios de laboratorio realizados en todas las demás ubicaciones.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios de laboratorio.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Medicamentos de Medicare Parte B</p>	<p>Usted paga del 0 % al 10 % del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare en el hogar.</p> <p>Usted paga del 0 % al 20 % del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare dispensados en una farmacia minorista, en una farmacia de pedidos por correo, en el consultorio del médico y en un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga menos si su medicamento está en la lista de reembolsos de medicamentos de la Parte B de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, siglas en inglés). La lista cambia en forma trimestral.</p> <p>Usted paga un máximo del 35 % por un suministro de un mes de insulina cubierta de la Parte B.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga del 0 % al 10 % del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare en el hogar.</p> <p>Usted paga del 0 % al 20 % del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare dispensados en una farmacia minorista, en una farmacia de pedidos por correo, en el consultorio del médico y en un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga menos si su medicamento está en la lista de reembolsos de medicamentos de la Parte B de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, siglas en inglés). La lista cambia en forma trimestral.</p> <p>Usted paga un máximo del 40 % por un suministro de un mes de insulina cubierta de la Parte B.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cuidado de la salud mental</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por los servicios de salud mental.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total de los servicios de salud mental.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por los servicios de salud mental.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios de salud mental.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de terapia ocupacional</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por terapia ocupacional.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total por terapia ocupacional.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por terapia ocupacional.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por terapia ocupacional.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por servicios del programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total por servicios del programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por servicios del programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por servicios del programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios dentales suplementarios opcionales</p> <p>Disponibles por una prima mensual adicional. Se aplican algunas limitaciones; consulte el Capítulo 4 de su Evidencia de cobertura para obtener detalles adicionales.</p>	<p>\$25 de prima mensual para el Plan Dental POS con un máximo de \$2,000 por año calendario.</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p>\$32 de prima mensual para el Plan Dental POS con un máximo de \$3,000 por año calendario.</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p>\$69 de prima mensual para el Plan Dental Indemnity con un máximo de \$3,500 por año calendario.</p>	<p>\$27 de prima mensual para el Plan Dental POS con un máximo de \$2,000 por año calendario.</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p>\$35 de prima mensual para el Plan Dental POS con un máximo de \$3,000 por año calendario.</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p>\$128 de prima mensual para el Plan Dental Indemnity con un máximo de \$3,500 por año calendario.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de sangre para pacientes ambulatorios</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 por servicios de sangre de pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total por servicios de sangre para pacientes ambulatorios.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 por servicios de sangre de pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por servicios de sangre para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$325 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$325 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>\$0 por colonoscopia de diagnóstico.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de observación para pacientes ambulatorios</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$325 por servicios de observación para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total de los servicios de observación para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$325 por servicios de observación para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios de observación para pacientes ambulatorios.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios relacionados al abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por visita ambulatoria de abuso de sustancias o mediante telesalud.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total por servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por visita ambulatoria de abuso de sustancias o mediante telesalud.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Hospitalización parcial</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$55 por hospitalizaciones parciales.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total por hospitalizaciones parciales.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$55 por hospitalizaciones parciales.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por hospitalizaciones parciales.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de fisioterapia y terapia del habla</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por servicios de fisioterapia y terapia del habla.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total por fisioterapia y servicios de terapia del habla.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por servicios de fisioterapia y terapia del habla.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por fisioterapia y servicios de terapia del habla.</p>
<p>Servicios de podología</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total de los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>No se cubre la atención de rutina.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>No se cubre la atención de rutina.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Prótesis y suministros médicos</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total por prótesis y suministros médicos.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total por prótesis y suministros médicos.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total por prótesis y suministros médicos.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por prótesis y suministros médicos.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios psiquiátricos</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por servicios psiquiátricos.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total de los servicios psiquiátricos.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por servicios psiquiátricos.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios psiquiátricos.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$15 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$15 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención en un Centro de enfermería especializada (SNF, siglas en inglés)</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 cada día por servicios cubiertos por Medicare para los días 1 a 20. Un copago de \$203 cada día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100, en cada período de beneficios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total por los servicios en un centro de enfermería especializada.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 cada día por servicios cubiertos por Medicare para los días 1 a 20. Un copago de \$214 cada día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100, en cada período de beneficios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por los servicios en un centro de enfermería especializada.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de terapia de ejercicio supervisado</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$25 por los servicios de terapia de ejercicio supervisado cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total por los servicios de terapia de ejercicio supervisado cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$25 por los servicios de terapia de ejercicio supervisado cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por los servicios de terapia de ejercicio supervisado cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Radiología terapéutica</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total para los servicios de radiología terapéutica.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total para los servicios de radiología terapéutica.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total para los servicios de radiología terapéutica.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total para los servicios de radiología terapéutica.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención urgentemente necesaria</p>	<p>Usted paga un copago de \$50 por visita para los servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare.</p> <p>No se exime el copago si el paciente queda internado.</p>	<p>Usted paga un copago de \$55 por visita para los servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare.</p> <p>No se exime el copago si el paciente queda internado.</p>
<p>Atención de la vista</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por un examen de la vista de rutina cada año.</p> <p>Nuestro plan cubre una asignación de hasta \$300 cada año por un par de anteojos o lentes de contacto de rutina hasta la asignación.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> La atención de la visión que se realice fuera de la red no está cubierta.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina cada año.</p> <p>Nuestro plan cubre una asignación de hasta \$300 cada año por anteojos o lentes de contacto de rutina hasta la asignación.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> La atención de la visión que se realice fuera de la red no está cubierta.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de emergencia en todo el mundo</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por servicios de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de urgencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</p> <p>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de urgencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</p> <p>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.</p>
<p>Ambulancia terrestre en todo el mundo</p>	<p>Usted paga un copago de \$325 por cada viaje en ambulancia terrestre en todo el mundo.</p> <p>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y atención médica urgente en todo el mundo.</p> <p>No se exime el copago si el paciente queda internado.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada viaje en ambulancia terrestre en todo el mundo.</p> <p>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y atención médica urgente en todo el mundo.</p> <p>No se exime el copago si el paciente queda internado.</p>
<p>Atención de urgencia en todo el mundo</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por atención de urgencia en todo el mundo.</p> <p>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</p> <p>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por atención de urgencia en todo el mundo.</p> <p>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</p> <p>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.</p>
<p>Radiografías</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$45 por cada radiografía cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 35 % del costo total por las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$45 por cada radiografía cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta

Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Farmacopea o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de la Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, lo que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o trasladarlos a un nivel de participación en los costos 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 se ha trasladado a un nivel diferente de participación en los costos.**

La mayor parte de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el inicio de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afecten durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos de forma mensual para proporcionar la lista de medicamentos más reciente. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso para informarle.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Para obtener más información, comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros.

Cambios en los costos de los beneficios de medicamentos con receta

Nota: Si se encuentra en un programa que ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un folleto por separado, denominado *Cláusula de la Evidencia de cobertura para quienes reciben “Ayuda Adicional” para sus medicamentos con receta* (también denominada *Cláusula de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula LIS*, siglas en inglés), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre de 2024, llame al Servicio de Atención a Miembros y solicite la *Cláusula LIS*.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos:** la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura contra catástrofes. La etapa de interrupción de cobertura y el Programa de descuento de interrupción de cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuento de interrupción de cobertura también será reemplazado por el Programa de descuento del fabricante. En virtud del 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 de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura contra catástrofes. Los descuentos que los fabricantes paguen en virtud del Programa de descuento del fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de nivel 3 (marca preferidos), de nivel 4 (medicamento no preferido) y de nivel 5 (nivel de especialidad) hasta que alcance 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 vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.</p>	<p>El deducible es de \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga una participación en los costos estándar de \$9 y una participación en los costos preferida de \$2 por medicamentos del nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos).</p> <p>Un costo compartido estándar de \$20 por receta y un costo compartido preferido de \$10 por medicamentos del nivel 2 (genéricos).</p> <p>Una participación en los costos estándar de \$0 y una participación en los costos preferida de \$0 por medicamentos del nivel 6 (medicamentos de atención selecta).</p> <p>Y el costo total de los medicamentos del nivel 3 (marca preferida), del nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del nivel 5 (nivel de especialidad) hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga una participación en los costos estándar de \$9 y una participación en los costos preferida de \$2 por medicamentos del nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos).</p> <p>Un costo compartido estándar de \$20 por receta y un costo compartido preferido de \$10 por medicamentos del nivel 2 (genéricos).</p> <p>Una participación en los costos estándar de \$0 y una participación en los costos preferida de \$0 por medicamentos del nivel 6 (medicamentos de atención selecta).</p> <p>Y el costo total de los medicamentos del nivel 3 (marca preferida), del nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del nivel 5 (nivel de especialidad) hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en la participación en los costos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Cuando usted paga el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos y usted paga la participación en los costos que le corresponde.</p>	<p>Su costo de un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$9 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 (marca preferido): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$42 por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Su costo de un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$9 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 (marca preferido): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$42 por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

(continúa en la siguiente página)

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 27 % del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 27 % del costo total.</p> <p>Nivel 6 (medicamentos de atención selecta): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de interrupción de cobertura).</p>	<p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 27 % del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 27 % del costo total.</p> <p>Nivel 6 (medicamentos de atención selecta): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</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 contra catástrofes).</p>

Cambios en la etapa de cobertura contra catástrofes

La etapa de cobertura contra catástrofes 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 de la Parte D durante la etapa de cobertura contra catástrofes. Los descuentos que los fabricantes paguen en virtud del Programa de descuento del fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare</p>	<p>No corresponde</p>	<p>El plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos a través de pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-845-1803 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)

Si desea permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS).

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de planes para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.

- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare o no. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible penalidad por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame a su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el plan nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
 - o Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito. Comuníquese con Servicio de Atención a Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - o *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 cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan 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.º de enero de 2025.

¿Hay otros momentos del año para efectuar un cambio?

En determinadas situaciones, también se permite hacer cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” en el pago de sus medicamentos, aquellas que tienen o dejan la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio.

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

Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte) en cualquier momento. Si se mudó

recientemente fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de pasarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Connecticut, el SHIP se llama **CHOICES** (programa de Connecticut para asistencia con el seguro de salud, difusión, información y derivación, consejería, detección de elegibilidad [Connecticut's program for Health insurance assistance, Outreach, Information and referral, Counseling, Eligibility Screening]).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería **gratuita** local sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los consejeros de CHOICES pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a CHOICES al 1-800-994-9422. Para obtener más información sobre CHOICES, visite el sitio web (www.ct.gov/agingservices).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta

Puede calificar para recibir ayuda con el pago de los medicamentos con receta.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir “Ayuda Adicional” a fin de pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de sus medicamentos con receta, coseguro y deducibles anuales. Además, quienes califiquen no estarán sujetos a la penalidad por inscripción tardía. Para saber si califica, llame:
 - o 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).
 - o a la Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes por 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 la oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con la participación en los costos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que ayudan a salvar vidas. Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben satisfacer determinados criterios, lo que incluye prueba de residencia en el estado y estado con respecto al VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de persona sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta Parte D de Medicare que

también están cubiertos por el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Connecticut (Connecticut AIDS Drug Assistance Program, CADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al CADAP al 1-800-424-3310. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre o el número de póliza de su plan Medicare Parte D.

- **El plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a controlar sus costos de bolsillo de los medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos a través de **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de los Programas SPAP y ADAP, para quienes califican, tienen más ventajas que la participación en el plan de pagos 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 **1-866-845-1803** o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicio de Atención a Miembros al 1-800-224-2273 (solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para conocer los detalles, busque ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS) en la *Evidencia de cobertura de 2025*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en connecticare.com/medicare. A modo de recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea/Lista de medicamentos)*.

Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Este incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones Estrella de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en área. Para ver la información acerca de los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo postal a las personas que tienen Medicare. Allí se incluye un resumen de las protecciones, los derechos y los beneficios de Medicare, y respuestas a las preguntas frecuentes sobre 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 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.