

2025



Aviso anual de cambios

Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)

Services de Intérprete Multilingüe

English	We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-940-9330 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.
Albanian	Ne kemi në dispozicion shërbime përkthimi për t'ju përgjigjiur çdo pyetjeje që mund të keni lidhur me shëndetin tuaj apo me planin tuaj të mjekimit. Për të siguruar një përkthyes/e, na telefononi në 1-877-940-9330 (TTY: 711). Dikush që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim pa pagesë.
Arabic	لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك بشأن خططنا للصحة أو الأدوية. للحصول على مترجم فوري، اتصل بنا فحسب على الرقم 1-877-940-9330 (لمستخدمي الهاتف النصي: 711). يمكن لشخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.
Bengali	আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। দোভাষী পেতে হলে, আমাদের কেবল 1-877-940-9330 (TTY: 711) -এ কল করে যোগাযোগ করুন। বাংলাভাষী কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি বিনামূল্যে প্রাপ্ত পরিষেবা।
Simplified Chinese	我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-940-9330 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。
Traditional Chinese	您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-940-9330 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務

French	Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments. Pour obtenir un interprète, il suffit de nous appeler au 1-877-940-9330 (TTY : 711). Une personne qui parle français peut vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.
French Creole	Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen konsènan plan sante ak medikaman nou an. Pou w jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-877-940-9330 (TTY : 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Sèvis sa a gratis.
German	Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Für einen Dolmetscher, rufen Sie uns einfach unter der Rufnummer 1-877-940-9330 (TTY: 711) an. Eine Person, die Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist ein kostenloser Dienst.
Greek	Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε τυχόν ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πλάνο ιατρικής ή φαρμακευτικής περίθαλψής μας. Για να επικοινωνήσετε με διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στο 1-877-940-9330 (TTY: 711). Κάποιος που μιλάει Ελληνικά μπορεί να σας βοηθήσει. Αυτή είναι μια δωρεάν υπηρεσία.
Hindi	हमारे स्वास्थ्य या ड्रग योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया की सेवा प्राप्त करने के लिए, हमें 1-877-940-9330 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदीअंग्रेजी जानने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता है। यह निशुल्क सेवा है।

Italian	Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per eventuali domande sul nostro piano di assistenza sanitaria e farmaceutica. Per ricevere il supporto di un interprete, chiamare il numero 1-877-940-9330 (TTY: 711). Sarà disponibile qualcuno che parli italiano. Il servizio è gratuito.
Japanese	弊社の健康および薬品に対するプランについて、お客様がお尋ねになりたいすべてのご質問にお答えするため弊社は無料通訳サービスを用意しております。通訳サービスを受けるには、弊社までお電話ください：1-877-940-9330（TTY: 711）。日本語が話せる方がお手伝いします。こうしたサービスは無料です。
Korean	귀하의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답변해드리는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 구하려면 1-877-940-9330 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 한국어를 할 줄 아는 사람이 도와줄 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.
Polish	Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub planu przyjmowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić pod numer 1-877-940-9330 (TTY: 711). Pomocy udzieli osoba mówiąca po Polskie. Usługa jest bezpłatna.
Portuguese	Contamos com serviços gratuitos de interpretação para sanar suas dúvidas sobre o plano de saúde ou medicamentos. Para conseguir um intérprete, entre em contato conosco pelo 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguém que fala português irá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

Russian	Мы предоставляем бесплатные услуги переводчика, чтобы ответить на любые ваши вопросы о нашем плане медицинского обслуживания или программе лекарственных препаратов. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-877-940-9330 (TTY : 711). Вам может помочь русскоязычный человек. Это бесплатная услуга.
Spanish	Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para recibir la ayuda de un intérprete, llámenos al 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Éste es un servicio gratuito.
Tagalog	Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng pag-interpret upang sagutin ang mga katanungan mo tungkol sa kalusugan o plano sa paggagamot. Para makakuha ng taga-interpret, tawagan kami sa 1-877-940-9330 (TTY: 711). Taong nagsasalita ng tagalog ang makakatulong sa iyo. Ito ay libreng serbisyo.
Urdu	ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ ترجمان حاصل کرنے کے لیے، ہمیں 1-877-940-9330 (TTY: 711) پر کال کریں۔ کوئی اردو بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت خدمت ہے۔
Vietnamese	Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời mọi câu hỏi về chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để yêu cầu người thông dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-877-940-9330 (TTY: 711). Ai đó nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.
Yiddish	מיר האבן אומזיסטע איבערזעצונג סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט האבן וועגן אייער געזונטהייט אדער דראג פלאן. צו באקומען אן איבערזעצער, רופט אונז ביי 1-877-940-9330 (TTY: 711). איינער וואס רעדט אידיש קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Aviso de no Discriminación

La discriminación está prohibida por la ley Centers Plan for Healthy Living, LLC cumple todas las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en cuanto a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Centers Plan for Healthy Living, LLC no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Centers Plan for Healthy Living, LLC ofrece:

- Servicios y asistencia gratuitos a personas con discapacidades que les impidan comunicarse con nosotros de forma efectiva, tales como:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si requiere estos servicios, contacte a Servicios al Miembro al 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si considera que Centers Plan for Healthy Living, LLC no ha prestado estos servicios o lo(a) discriminó de alguna otra forma por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante nuestro Departamento de Reclamos y Apelaciones:

Por correo: Centers Plan for Healthy Living, LLC
Attn: G&A Department
75 Vanderbilt Avenue
Staten Island, NY 10304 - 2604

Por teléfono: 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY,
deben llamar al 711)

Por Fax: 1-347-505-7089

Por correo electrónico: GandA@centersplan.com

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Servicios al Miembro está disponible para ayudarle los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correspondencia o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO) ofrecido por Centers Plan for Healthy Living, LLC

Aviso anual de cambios para 2025

Usted está inscrito actualmente como miembro de Centers Plan for Medicare Advantage Care. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. *Consulte la página 7 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.*

En este documento se explican 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 www.centersplan.com/mapd. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.

- **Usted tiene desde el 15 de Octubre hasta el 7 de Diciembre para realizar los cambios correspondientes a su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios lo afectan a usted

- Verifique los cambios en nuestros costos y beneficios para ver si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de 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.
 - Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan 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, terapia escalonada o un límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para la ayuda con los pagos de los medicamentos recetados. 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

- Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el sitio web del Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para obtener ayuda adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un consejero capacitado.
- Cuando haya delimitado sus opciones a un plan preferido, confirme sus 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 nuestro plan.
- Si decide cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de planes entre el 15 de Octubre y el 7 de Diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de Enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en nuestro plan. Consulte la sección 3, en la página 32, para ver más información acerca de sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se muda.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en forma gratuita en español.
- Para recibir información adicional, contáctenos a nuestro número de Servicios al Miembro al 1-877-940-9330. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm. Esta llamada es gratuita.
- Puede obtener esta información de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a nuestro número gratuito al 1-877-940-9330.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de**

Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Centers Plan for Medicare Advantage Care

- Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO) es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en Centers Plan for Medicare Advantage Care está sujeta a la renovación del contrato.
 - Cuando en este documento lea “nosotros”, “nos”, o “nuestro”, se refiere a Centers Plan for Healthy Living, LLC. Cuando lea “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a Centers Plan for Medicare Advantage Care.
-

Aviso anual de cambios para 2025
Índice

Resumen de costos importantes para 2025	7
SECCIÓN I Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	14
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	14
Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de costos de bolsillo	14
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	15
Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios por servicios médicos	16
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	27
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	34
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir.....	35
Sección 3.1 – Si desea permanecer en Centers Plan for Medicare Advantage Care.....	35
Sección 3.2 - Si quiere cambiar de plan.....	35
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan	36
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare	37
SECCIÓN 6 Programas de ayuda para pagar los medicamentos recetados.....	38

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? 41

 Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Centers Plan for Medicare
 Advantage Care.....41

 Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare42

Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla encontrará un resumen comparativo entre los costos de 2024 y 2025 de Centers Plan for Medicare Advantage Care en varias áreas de importancia. **Tome en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima podría ser mayor que este monto. Consulte la sección 1.1 para más detalles.	\$0	\$0
Monto máximo de costos de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Consulte la sección 1.2 para obtener más detalles).	\$7,550	\$7,550

Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)
Aviso anual de cambios para 2025

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Consultas al consultorio médico	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$20 por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$10 por consulta</p>
Estancias por hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$305 por día, desde el día 1 hasta el día 6 • Copago de \$0 por día, desde el día 7 hasta el día 90 • Copago de \$0 por día para los días de reserva vitalicia. • Transcurridos los días de reserva vitalicia, usted paga todos los costos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 6: \$305 por día • Días 7 a 90: \$0 por día • Del día 91 en adelante: \$0 por día, mientras usa los 60 días de reserva vitalicia. • Transcurridos los días de reserva vitalicia, usted paga todos los costos.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Estancias por hospitalización (cont.)	Un período de beneficios comienza el día en que usted es hospitalizado y termina cuando no reciba ningún servicio de hospitalización durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital después de que un periodo de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo período de beneficios. No existe un límite para la cantidad de períodos de beneficios.	Un período de beneficios comienza el día en que usted es hospitalizado y termina cuando no reciba ningún servicio de hospitalización durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital después de que un periodo de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo período de beneficios. No existe un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Estancias por hospitalización (cont.)	<p>Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura de su hospitalización se limitará a 90 días. Se requiere autorización</p>	<p>Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura de su hospitalización se limitará a 90 días. Se requiere autorización</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para más detalles).</p>	<p><u>Deducible:</u> \$395, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p><u>Copago/Coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</u></p> <p>Nivel 1 de medicamentos: copago de \$0</p> <p>Usted paga \$0 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p><u>Deducible:</u> \$395, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p><u>Copago/Coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</u></p> <p>Nivel 1 de medicamentos: copago de \$0</p> <p>Usted paga \$0 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (cont.)	<p>Nivel 2 de medicamentos: copago de \$15 Usted paga \$15 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Nivel 2 de medicamentos: copago de \$15 Usted paga \$15 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>Nivel 3 de medicamentos: copago de \$47 Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Nivel 3 de medicamentos: copago de \$47 Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>Nivel 4 de medicamentos: copago de \$100 Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Nivel 4 de medicamentos: copago de \$100 Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (cont.)	<p>Nivel 5 de medicamentos: Coaseguro del 25 % Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Nivel 5 de medicamentos: Coaseguro del 25 % Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p><u>Cobertura catastrófica:</u> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>	<p><u>Cobertura catastrófica:</u> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

SECCIÓN I 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 (También deberá continuar pagando la prima de su Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por haber estado sin otra cobertura de medicamentos recetados que sea al menos tan buena como la cobertura de Medicare (también referida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si usted tiene un ingreso mayor, quizás deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de costos de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes médicos limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina monto máximo de costos de bolsillo. Una vez que usted llegue a este monto,

generalmente no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Monto máximo de costos de bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se contabilizan para su monto máximo de costos de bolsillo. Sus costos por medicamentos recetados no se contabilizan para su monto máximo de costos de bolsillo.	\$7,550	No hay ningún cambio para el próximo año de beneficios.

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que pague por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia donde compre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Puede encontrar los directorio actualizados en nuestro sitio web en www.centersplan.com/mapd. También puede llamar a Servicios al

Miembro para obtener información actualizada acerca de los proveedores y/o farmacias, o pedirnos que le enviemos un directorio por correo postal, que se lo enviaremos dentro de los tres días hábiles.

Existen cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores 2025* (www.centersplan.com/mapd) para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Habrán cambios en nuestra red de farmacias el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias 2025* (www.centersplan.com/mapd) para ver qué farmacias están dentro de nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer algunos cambios en nuestra lista de hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicios al Miembro para que podamos ayudarle.

Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios por 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 (el próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga un copago de \$20 para servicios de rehabilitación cardíaca, cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$10 para servicios de rehabilitación cardíaca, cubiertos por Medicare
Servicios quiroprácticos	Usted paga un copago de \$15 para una consulta de servicios quiroprácticos, cubierta por Medicare	Usted paga un copago de \$10 para una consulta de servicios quiroprácticos, cubierta por Medicare
Servicios odontológicos (preventivos)	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza odontológica (profilaxis) (una vez cada seis meses) • Radiografías odontológicas (una vez cada seis meses) 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza odontológica (profilaxis) (una cada seis meses) • Radiografías odontológicas <ul style="list-style-type: none"> - Radiografías oclusales, cefalométricas, panorámicas o serie completa de imágenes radiográficas (una cada 36 meses)

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios odontológicos preventivos (cont.)		<ul style="list-style-type: none">- Estudios por imágenes periapicales (tres cada seis meses)- Radiografías de mordedura (dos cada 12 meses)- Estudios por imágenes extraorales y sialografía (dos por semana)- Artrografía de la articulación temporomandibular , incluye inyección (dos de por vida)- Otras radiografías de la articulación temporomandibular (dos cada 12 meses)- Imágenes fotográficas orales y faciales en 2D (dos cada seis meses)

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios odontológicos preventivos (cont.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de fluoruro (una vez cada seis meses) • Examen bucal (una vez cada seis meses) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de fluoruro <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación tópica de barniz de flúor (una cada tres meses) - Aplicación tópica de flúor, excepto barniz (una vez cada seis meses) • Exámenes bucales <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación oral periódica (una cada seis meses) - Evaluación oral integral (una de por vida por proveedor o ubicación) - Evaluación oral detallada y extensiva, centrada en el problema, por informe (una cada 90 días por proveedor o ubicación) <p style="text-align: right;">Se requiere autorización.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios odontológicos (integrales)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coronas y postes (una cada 60 meses por diente) • Dentadura postiza (una cada 36 meses) • Reparaciones de dentadura postiza (una cada 12 meses) • Endodoncia, como tratamiento de canal radicular (una de por vida por diente) • Extracciones (1 de por vida, por diente) • Rellenos (uno cada 24 meses por diente) • Gingivectomías (una cada 36 meses por cuadrante) • Guardas oclusales, tales como guardas nocturnas (una cada 12 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de endodoncia (uno de por vida por diente) • Extracciones (una de por vida por diente)

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios odontológicos (integrales) (cont.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento periodontal (uno cada seis meses) • Raspado (uno cada seis meses por cuadrante) • Servicios de prostodoncia (uno cada 36 meses por arco) 	<ul style="list-style-type: none"> • Periodoncia <ul style="list-style-type: none"> - Gingivectomía o gingivoplastia (una cada 12 meses, por cuadrante) - Mantenimiento periodontal (uno cada seis meses) - Raspado y alisado radicular (uno cada 24 meses, por cuadrante) - Regeneración de tejido o injerto (uno de por vida, por diente) • Prostodoncia <ul style="list-style-type: none"> - Dentadura postiza (una cada 96 meses) - Ajustes de dentadura (cuatro cada 12 meses)

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios odontológicos (integrales) (cont.)		<ul style="list-style-type: none">- Rebasado de dentadura postiza (uno cada 60 meses)- Rebase de dentadura postiza (en el consultorio) (una cada 12 meses)- Rebase de dentadura postiza (laboratorio) (una cada 24 meses)- Reparación o reemplazo de dentadura postiza parcial (uno cada 12 meses)- Acondicionamiento de tejidos (uno cada 60 meses) • Servicios de restauración<ul style="list-style-type: none">- En base a amalgama y resina (una cada 24 meses)

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios odontológicos (integrales) (cont.)</p>	<p>El plan cubre un máximo de \$2,000 al año por servicios odontológicos integrales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coronas y postes (una cada 60 meses). - Retención de pasadores (dos cada 12 meses) - Recementación o readhesión de corona (una cada 24 meses) • Otros servicios odontológicos integrales <ul style="list-style-type: none"> - Guardas oclusales, (por ej., guardas nocturnas) (una cada 12 meses) <p>El plan cubre un máximo de \$2,000 al año por servicios odontológicos integrales.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de audición	Cubrimos audífonos recetados, una vez cada 3 años por hasta \$1,000 por oído	Cubrimos audífonos recetados, una vez cada 3 años por hasta \$2,000 por oído
Servicios odontológicos de Medicare	Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$30 para cada servicio odontológico cubierto por Medicare
Servicios especializados de salud mental	Usted paga un copago de \$20 para cada sesión individual o grupal cubierta por Medicare	Usted paga un copago de \$10 para cada sesión individual o grupal cubierta por Medicare
Servicios de terapia ocupacional	Usted paga un copago de \$20 para cada servicio de terapia ocupacional	Usted paga un copago de \$10 para cada servicio de terapia ocupacional

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Artículos de venta libre (Over-the-counter, OTC)	<p>Cada trimestre, puede adquirir hasta \$100.00 de ciertos artículos OTC con una tarjeta de débito OTC proporcionada por el Plan.</p> <p>Los montos no utilizados no pueden trasladarse de trimestre a trimestre. Visite www.mybenefitscenter.com para consultar nuestra lista de artículos cubiertos.</p>	<p>Cada mes, puede adquirir hasta \$50.00 de ciertos artículos OTC con una tarjeta de débito OTC proporcionada por el Plan.</p> <p>Los montos no utilizados no pueden trasladarse de un mes a otro. Visite www.mybenefitscenter.com para consultar nuestra lista de artículos cubiertos.</p>
Servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje	<p>Usted paga un copago de \$20 para cada consulta cubierta por Medicare</p>	<p>Usted paga un copago de \$10 para cada consulta cubierta por Medicare</p>
Servicios de especialista médico (con exclusión de los servicios psiquiátricos)	<p>Usted paga un copago de \$20 para cada consulta cubierta por Medicare</p>	<p>Usted paga un copago de \$10 para cada consulta cubierta por Medicare</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de podología	Usted paga un copago de \$20 para una consulta de podología cubierta por Medicare	Usted paga un copago de \$10 para una consulta de podología cubierta por Medicare
Servicios psiquiátricos	Usted paga un copago de \$20 para cada sesión individual o grupal cubierta por Medicare	Usted paga un copago de \$10 para cada sesión individual o grupal cubierta por Medicare
Rehabilitación pulmonar Servicio	Usted paga un copago de \$15 para servicios de rehabilitación pulmonar, cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$10 para servicios de rehabilitación pulmonar, cubiertos por Medicare
Transporte	Usted paga \$0 por 6 viajes de ida cada tres (3) meses a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan en autobús, metro, camioneta o transporte médico. Se requiere autorización.	Usted paga \$0 por 10 viajes de ida cada tres (3) meses a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan en autobús, metro, camioneta o transporte médico. Se requiere autorización.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Atención oftalmológica	Anteojos, hasta \$200 por año para un par de anteojos (lentes y monturas) o lentes de contacto.	Anteojos, hasta \$300 por año para un par de anteojos (lentes y monturas) o lentes de contacto.

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Se puede brindar una copia de nuestra Lista de medicamentos por medio electrónico en www.centersplan.com/mapd.

Hicimos cambios a nuestra “Lista de medicamentos”, que incluyen remover o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o moverlos a un nivel diferente de costos compartidos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para saber si su medicamento ha sido movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos ocurren al inicio de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la versión más actualizada. Si realizamos un

cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos una notificación sobre el cambio.

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 y/o encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión del medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Además, al añadir el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o añadir nuevas restricciones, o ambos.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni que obtenga un suministro mensual de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, aún recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero es posible que llegue después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios al Miembro o pedirle más información a su proveedor de atención médica, médico o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Hemos incluido un encarte aparte, llamado *Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” para pagar medicamentos recetados* (también llamado *Cláusula de subsidio por bajos ingresos* o la *Cláusula LIS*), que le brinda información sobre el costo de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este encarte con este paquete, por favor llame a Servicios al Miembro 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 catastrófica. La Etapa de transición de cobertura y el Programa de Descuento de Brecha en la Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento de Brecha en la 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 catastrófica. Los descuentos pagados por fabricantes en virtud del Programa de Descuento del Fabricante no se contabilizan para los costos de bolsillo.

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y los viajes.</p>	<p>El deducible es \$395.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por los medicamentos del nivel 1, un costo compartido de \$15 por los medicamentos del nivel 2 y el costo total de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$395.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por los medicamentos del nivel 1, un costo compartido de \$15 por los medicamentos del nivel 2 y el costo total de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

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.</p> <p>Los costos en esta tabla son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que provee costo compartido estándar. Para obtener información acerca de los costos de un</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes es:</p> <p>Nivel 1 – Genérico preferido:</p> <p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$0 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 2 – Genérico:</p> <p>Usted paga \$15 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$15 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes es:</p> <p>Nivel 1 – Genérico preferido:</p> <p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$0 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 2 – Genérico:</p> <p>Usted paga \$15 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga hasta \$15 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>suministro prolongado o en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos, consulte la sección 5 del capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p>	<p>Nivel 3 – Marca preferida: Usted paga \$47 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 – Marcas no preferidas: Usted paga \$100 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5 – Nivel de especialidad: Usted paga el 25 % del costo total.</p>	<p>Nivel 3 – Marca preferida: Usted paga \$47 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 – Marcas no preferidas: Usted paga \$100 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5 – Nivel de especialidad: Usted paga el 25 % del costo total.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de transición de cobertura).</p>	<p>Usted paga hasta \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de costos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura catastrófica).</p>

Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

La Etapa de cobertura catastrófica es la tercera y última etapa. A partir del 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 catastrófica. Los descuentos pagados por fabricantes en virtud del Programa de Descuento del Fabricante no se contabilizan para los costos de bolsillo.

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Como lo exige la ley de medicamentos recetados, a partir de 2025, tendrá la opción de pagar los costos de bolsillo en montos mensuales durante el año del plan, en lugar de cuando ocurran.

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.	No corresponde	El plan de pago de medicamentos recetados 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 al distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de Enero a Diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-877-940-9330 o visite Medicare.gov .

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en Centers Plan for Medicare Advantage Care

Para quedarse en nuestro plan, usted no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en otro plan diferente ni se cambia a Original Medicare a más tardar el 7 de Diciembre, permanecerá automáticamente inscrito en nuestro plan.

Sección 3.2 - Si quiere cambiar de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare.
- *O bien*, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que 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 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la sección 5) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

Le recordamos que Centers Plan for Healthy Living, LLC ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos del costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Centers Plan for Medicare Advantage Care se cancelará de manera automática.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Centers Plan for Medicare Advantage Care se cancelará de manera automática.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - *O bien*, llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo 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**. Este cambio entrará en vigor el 1 de Enero de 2025.

¿Hay otras épocas del año en las que se pueden hacer cambios?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, los que reciben “Ayuda Adicional” para el pago de sus medicamentos, los que tienen o abandonan la cobertura de su empleador y los que se mudan fuera de la zona de servicio.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage a partir del 1 de Enero de 2025 y no está conforme con la elección de su plan, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de Enero y el 31 de Marzo de 2025.

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

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del

gobierno con asesores capacitados en cada estado. En New York, al SHIP se le llama Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a las personas con Medicare. Los asesores del HIICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Ellos pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder a preguntas relacionadas con cambios de planes. Puede llamar al HIICAP al 1-800-701-0501. Puede conocer más acerca del HIICAP visitando su sitio web (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs>).

SECCIÓN 6 Programas de ayuda para pagar los medicamentos recetados

Usted puede calificar para la ayuda con los pagos de los medicamentos recetados. A continuación, presentamos varios tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener “Ayuda Adicional” para pagar el costo de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si usted califica, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible 24 horas al día, 7 días a la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles durante las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica.** New York cuenta con un programa denominado Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados en función de sus necesidades financieras, su edad o su condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que padecen de VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Para ser elegible para el ADAP que se ofrece en su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, entre ellos, una constancia de residencia estatal y de condición del VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y la condición de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con el costo

compartido de medicamentos a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance program, ADAP) de New York. 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 1-800-542-2437. 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 recetados de Medicare.** El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que lo ayudará a administrar los costos de bolsillo de sus 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 al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus 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 recetados 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 1-877-940-9330 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Centers Plan for Medicare Advantage Care

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame a Servicios al Miembro al 1-877-940-9330. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Consulte su *Evidencia de cobertura 2025* (tiene detalles de los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en los beneficios y costos para el 2025. Para obtener más detalles, revise la *Evidencia de cobertura 2025* de *Centers Plan for Medicare Advantage Care*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los medicamentos recetados y servicios cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.centersplan.com/mapd. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.centersplan.com/mapd. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al 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 costos, cobertura y Calificaciones con Estrellas respecto de la calidad para ayudarle a comparar los planes de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea Medicare y Usted 2025

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, se les envía por correo este documento a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted 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.



Para obtener más información o para inscribirse
Llame al 1-877-940-9330 (sin costo)

Los usuarios con TTY deben llamar al 711

Los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

MemberServices@centersplan.com

www.centersplan.com/mapd