PRESBYTERIAN

Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO)
ofrecido por Presbyterian Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

(505) 923-6060
1-800-797-5343
(TTY 711)

Del 1° de octubre al 31° de marzo:
De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche,
los siete días de la semana

Del 1° de abril al 30° de septiembre:
De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche,
de lunes a viernes

info@phs.org

www.phs.org/Medicare

PRESBYTERIAN

Información importante sobre Presbyterian Senior Care (HMO/HMO-POS)

Gracias por permitir que Presbyterian Senior Care sea su socio en lo que respecta a la salud. Este documento resume los cambios que puede esperar para el año del plan 2025. También queremos asegurarnos de que tenga acceso a información importante como el Directorio de proveedores de su plan, la lista de medicamentos cubiertos (formulario) y la Evidencia de cobertura (EOC). Abajo encontrará más información sobre dónde encontrar la lista más actualizada de proveedores, farmacias y medicamentos recetados cubiertos de su red, 24/7.

Visite www.phs.org/Medicare y elija, "For Members" para recibir información de como acceder a su:

- **Directorio de proveedores y farmacias**
  El Directorio de proveedores y farmacias contiene una lista de todos los proveedores y farmacias disponibles dentro de la red, mediante su plan médico. Usted puede encontrar una lista actualizada de proveedores y farmacias de nuestra red, en cualquier momento.

- **Lista de medicamentos cubiertos (formulario)**
  El formulario contiene una lista de medicamentos genéricos y de marca, así como la cantidad de la cobertura o el copago que tendrá que pagar por cada receta. Los formularios estarán disponibles el 15 de octubre de 2024.

- **Evidencia de cobertura (EOC)**
  La Evidencia de cobertura es su contrato con Presbyterian que explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan. La EOC estará disponible el 15 de octubre de 2024.

Comuníquese con nosotros

El Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian está aquí para ayudar. Si quiere recibir por correo algunos de estos materiales, comuníquese con nosotros al:

(505) 923-7675
1-800-465-7737
(TTY 711)

info@phs.org

Del 1 de octubre al 31 de marzo:
De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
(excepto feriados)

Del 1 de abril al 30 de septiembre:
De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes
(excepto feriados)

PRESBYTERIAN

Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO) lo ofrece Presbyterian Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente está inscrito como miembro de Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO). El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. ***Vea en la página 5 el Resumen de costos importantes, incluyendo la prima.***

Este documento lo informa de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.phs.org/Medicare. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacerle cambios a 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 saber si lo afectan.

- Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
- Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluyendo las restricciones en la cobertura y los costos compartidos.
- Piense 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 esté tomando actualmente seguirán estando cubiertos.
- Compare la información del plan para 2024 y 2025 para determinar si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costos compartidos diferente o estará sujeto a restricciones distintas, como autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad, para 2025.

☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.

☐ Verifique si califica para recibir ayuda con el pago de medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la "ayuda adicional" de Medicare.

☐ Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

☐ Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que está en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.

☐ Cuando elija el plan que prefiera, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO).
- Puede cambiar a **otro plan** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su cobertura nueva empezará el **1 de enero de 2025**. Esto terminará su inscripción en Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO).
- Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Medicare original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, podrá cambiar de plan o cambiar a Medicare original por dos meses completos después del mes en que se haya mudado.

Más recursos

- Este documento está disponible en inglés.
- Comuníquese con el Centro de Servicio de Atención al Cliente de Presbyterian (servicio de atención al cliente) llamando al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 para obtener más información (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los feriados), del **1 de octubre al 31 de marzo**, y de lunes a viernes (excepto los feriados), del **1 de abril al 30 de septiembre.** Esta llamada es gratuita.
- El servicio al cliente tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
- Esta información está disponible en otros formatos. Comuníquese con el plan para obtener más información.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura de salud elegible (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información.

Acerca de Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO)

- Presbyterian Senior Care (HMO) es un plan de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en Presbyterian Senior Care Plan (HMO) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros” o “nuestro”, significa Presbyterian Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO).

Aviso anual de cambios para 2025
Índice

Resumen de costos importantes para 2025 5

SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en *Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO)* en 2025 7

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 7

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual 7
Sección 2.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo 7
Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias 8
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 8
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 10

SECCIÓN 3 Cambios administrativos 14

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir 14

Sección 4.1 – Si quiere seguir en Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO) 14
Sección 4.2 – Si quiere cambiar de plan 15

SECCIÓN 5 Plazo para cambiar de plan 15

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 16

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 16

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas? 17

Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO) 17
Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare 18

Resumen de costos importantes para 2025

En la tabla de abajo se comparan los costos de 2024 y 2025 de Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO) 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* *Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la sección 2.1 para obtener más información.	$0	$0
Máximo de gastos de bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 2.2 para obtener más información).	$4,500	$5,000
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención primaria: $0 de copago por visita Visitas con un especialista: $35 de copago por visita	Visitas de atención primaria: $0 de copago por visita Visitas con un especialista: $30 de copago por visita
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado	**Por ingreso, usted paga:** $325 al día para los días 1-5. $0 al día para los días 60-90.	**Por ingreso, usted paga:** $375 al día para los días 1-5. $0 al día para los días 60-90.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la sección 2.5 para obtener más información).	Deducible: $0 Copago o coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de nivel 1: $0 • Medicamentos de nivel 2: $10 • Medicamentos de nivel 3: $45 Usted paga $35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. • Nivel 4: $95 Usted paga $35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. • Nivel 5: 33% Cobertura catastrófica: • Durante esta etapa de pago, el plan paga la totalidad del costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Deducible: $0 Copago o coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de nivel 1: $0 • Medicamentos de nivel 2: $10 • Medicamentos de nivel 3: $45 Usted paga $35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. • Nivel 4: 50% Usted paga $35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. • Nivel 5: 33% Cobertura catastrófica: • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO) en 2025

Si no hace nada para el 7 de diciembre de 2024, lo inscribiremos automáticamente en Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2025, obtendrá su cobertura médica y para medicamentos con receta mediante Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO). Si quiere cambiar de plan o cambiar a Medicare original, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para "ayuda adicional", es posible que pueda cambiar de plan en otro momento.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	$0	$0
Cobertura dental complementaria opcional Esta prima mensual se aplica solo si se inscribe en nuestro Plan dental integral.	$25.20	$25.90

- La prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no haber tenido otra cobertura para medicamentos que fuera al menos tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura válida) por 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes, directamente al gobierno, por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Sección 2.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga de su bolsillo por el año. Este límite se llama máximo de gastos de bolsillo. Una vez que se alcanza esa cantidad, normalmente no se paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Máximo de gastos de bolsillo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para el máximo de gastos de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no se cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.	$4,500	$5,000 Una vez que haya pagado $5,000 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Las cantidades que usted pague por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Los directorios actualizados están en nuestro sitio web, www.phs.org/Medicare. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias, o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, que enviaremos en un plazo de tres días laborables.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores* de 2025 *en* www.phs.org/Medicare para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores* de 2025 *en* www.phs.org/Medicare para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si lo afecta un cambio a nuestros proveedores a mitad de año, comuníquese con el servicio al cliente para que podamos ayudarlo.

Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Haremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La información de abajo describe esos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de ambulancia (terrestre y aérea)	Usted paga $275 de copago por viaje de ida.	Usted paga $350 de copago por viaje de ida.
Servicios de emergencias	Usted paga $120 de copago por visita.	Usted paga $125 de copago por visita.
Servicios en el hospital como paciente hospitalizado (médicos y conductuales)	**Por ingreso, usted paga:** $325 de copago por día para los días 1-5. $0 de copago por día para los días 6-90.	**Por ingreso, usted paga:** $375 de copago por día para los días 1-5. $0 de copago por día para los días 6-90.
Servicios de observación	Usted paga $120 de copago por estancia.	Usted paga $250 de copago por estancia.
Servicios de radiografías para pacientes ambulatorios	Usted paga $20 de copago por visita.	Usted paga $30 de copago por visita.
Productos de venta libre (OTC)	Los productos de venta libre (OTC) **no** están cubiertos.	Se le dan $20 por trimestre para gastar en productos OTC aprobados.
Hospitalización parcial	Usted paga $35 de copago por tratamiento psiquiátrico.	Usted paga $30 de copago por tratamiento psiquiátrico.
Servicios de especialistas médicos	Usted paga $35 de copago por visita.	Usted paga $30 de copago por visita.
Audífonos con receta	Usted paga $699-$999 de copago por audífono, hasta dos (2) audífonos, uno por oído por año.	Usted paga $499-$999 de copago por audífono, hasta dos (2) audífonos, uno por oído por año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Centro de enfermería especializada (SNF)	**Según el período de beneficios de Medicare original:** $0 de copago por día para los días 1-20. $175 de copago por día para los días 21-100. Usted es responsable del 100% de los costos totales del día 101 en adelante.	**Según el período de beneficios de Medicare original:** $0 de copago por día para los días 1-20. $195 de copago por día para los días 21-100. Usted es responsable del 100% de los costos totales del día 101 en adelante.
Servicios de atención de urgencia	Dentro de la red: Usted paga $20 de copago por visita. Fuera de la red: Usted paga $60 de copago por visita.	Dentro de la red: Usted paga $20 de copago por visita. Fuera de la red: Usted paga $55 de copago por visita.
Cobertura de emergencia y de urgencia en todo el mundo	Usted paga $120 de copago por visita.	Usted paga $125 de copago por visita.

Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de medicamentos. Se da una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico. Si no ve su medicamento en esta lista, de todos modos podría estar cubierto. **Puede obtener la Lista de medicamentos *completa*** llamando al Servicio al cliente (vea la parte de atrás) o visitando nuestro sitio web www.phs.org/Medicare.

Hemos hecho cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, por ejemplo, quitar o agregar medicamentos, modificar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción, o si su medicamento se ha pasado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se hacen al principio de cada año. Sin embargo, podemos hacer otros cambios que permitan las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes. Si hacemos un cambio que afectará a su acceso a un medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si lo afecta un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, revise el capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para saber sus opciones, como pedir un suministro temporal, pedir una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para obtener más información.

Actualmente, podemos quitar inmediatamente de nuestra Lista de medicamentos un medicamento de marca si lo reemplazamos con una nueva versión genérica en el mismo nivel de costo compartido o un nivel menor, , y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca al que reemplaza. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, también podemos optar por conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel diferente de costo compartido o agregar nuevas restricciones, o las dos cosas.

A partir de 2025, podremos reemplazar inmediatamente productos biológicos originales con ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que se reemplazará con uno biosimilar, es posible que no reciba aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no obtenga un suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que hagamos el cambio, de todos modos, recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero es posible que llegue después de que lo hagamos.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también da a los consumidores información sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También se puede comunicar con Servicio al cliente o pedirle más información a su proveedor de atención médica, al proveedor que le haga las recetas o al farmacéutico.

Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca o un producto biológico que se reemplazará con una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no obtenga un suministro para un mes de su medicamento de marca o producto biológico en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca o el producto biológico en el momento en que hagamos el cambio, de todos modos, recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero es posible que llegue después de que lo hagamos.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver definiciones de los tipos de medicamentos que se mencionan en este capítulo, consulte el capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también da a los consumidores información sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA:

https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También se puede comunicar con Servicio al cliente o pedirle más información a su proveedor de atención médica, al proveedor que le haga las recetas o al farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que lo ayuda a pagar los medicamentos ("ayuda adicional"), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un documento separado, llamado *"Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben 'ayuda adicional' para pagar sus medicamentos con receta"* (también conocido como *"Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos"* o *"Cláusula adicional LIS"*), que describe los costos de sus medicamentos. Si recibe "ayuda adicional", y no ha recibido este documento antes del 1 de octubre de 2024, llame al Servicio al cliente y pida la *Cláusula adicional LIS.*

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago de medicamentos:** la etapa del deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La etapa del período sin cobertura y el Programa de descuento durante el período sin cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuento durante el período sin cobertura también se reemplazará con el Programa de descuentos de fabricantes. Según el Programa de descuentos de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagarán 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 catastrófica. Los descuentos que paguen los fabricantes según dicho Programa no se contarán para los gastos de bolsillo.

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para los medicamentos de nivel 4 – Medicamentos no preferidos, el costo compartido que le corresponde en la etapa de cobertura inicial cambiará de un copago a un coseguro. Consulte en la siguiente tabla los cambios de 2024 a 2025.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde al mismo del costo de sus medicamentos, y **usted paga la parte que le corresponde a usted.** En 2024, usted pagaba $95 de copago *O* para los medicamentos en el nivel 4 – Medicamentos no preferidos. En 2025, pagará 50% de coseguro por los medicamentos en este nivel. Los costos en esta tabla son por un suministro para un mes (30 días) si surte la receta en una farmacia de la red que tenga costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o en una farmacia de la red que ofrezca costos compartidos preferidos, vea el capítulo 6, sección 5 de la *Evidencia de cobertura.* Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra "Lista". Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la "Lista de medicamentos". La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.	El costo de surtir un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar es: **Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos:** Usted paga $0 por receta. **Nivel 2 – Medicamentos genéricos:** Usted paga $10 por receta. **Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos:** Usted paga $45 por receta. Usted paga $35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel 4– Medicamentos no preferidos:** Usted paga $95 por receta. Usted paga $35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel 5 – Medicamentos especializados:** Usted paga 33% del costo total. _____ Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado los $5,030, pasará a la siguiente fase (etapa del período sin cobertura).	El costo de surtir un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar es: **Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos:** Usted paga $0 por receta. **Nivel 2 – Medicamentos genéricos:** Usted paga $10 por receta. **Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos:** Usted paga $45 por receta. Usted paga $35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel 4 – Medicamentos no preferidos:** Usted paga 50% del costo total. Usted paga $35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. **Nivel 5 – Medicamentos especializados:** Usted paga 33% del costo total. _____ Una vez que haya pagado $2,000 de gastos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente fase (la etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la etapa de cobertura catastrófica

La etapa de cobertura catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán 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 catastrófica. Los descuentos que paguen los fabricantes según dicho Programa no se contarán para los gastos de bolsillo.

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

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de pagos de Medicare para medicamentos con receta	No corresponde	El Plan de pagos de Medicare para medicamentos con receta es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarlo a administrar sus costos de medicamentos, distribuyéndolos en **pagos mensuales que variarán a lo largo del año** (de enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si quiere seguir en Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO)

Para seguir en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare original para el 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO).

Sección 4.2 – Si quiere cambiar de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan médico de Medicare diferente.
- *– O –* Puede cambiar a Medicare original. Si cambia a Medicare original, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 2.1 para leer sobre una potencial penalización por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2025*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la sección 6) o llame a Medicare (consulte la sección 8.2)

Recuerde que Presbyterian Health Plan, Inc. ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden tener diferente cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para **cambiar a otro plan médico de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
    - enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo;
    - *– O –* llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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 5 Plazo para cambiar de plan

Si quiere cambiar a un plan diferente o a Medicare original para el próximo año, puede hacerlo **del 15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2025.

¿Hay otros momentos en el año para hacer cambios?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos están las personas con Medicaid, las que reciben “ayuda adicional” para pagar sus

medicamentos, las que han dejado o dejarán la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiar a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Medicare original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de atención especializada o un hospital de cuidados a largo plazo) o actualmente vive en una, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Medicare original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, podrá cambiar de plan o cambiar a Medicare original por dos meses completos después del mes en que se haya mudado.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados, en todos los estados. En Nuevo México, el SHIP se llama Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México (New Mexico Aging and Long-Term Services).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas con Medicare. Los asesores de Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México pueden ayudarlo con sus preguntas o con sus problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México al 1-800-432-2080 o TTY (505) 476-4937. Para obtener más información sobre los Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México, visite su sitio web (https://aging.nm.gov/).

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Abajo encontrará una lista de distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, los que califiquen no tendrán una penalización por inscripción tardía. Para verificar si califica, llame a:
    - 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.

- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- La oficina de Medicaid de su estado.

- **Asistencia para compartir costos de los medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA**. El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que les pueden salvar la vida. Para ser elegibles para ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y no tener seguro o tener seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia para compartir los costos de los medicamentos con receta mediante el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA del Departamento de Salud de Nuevo México (New Mexico Department of Health, AIDS Drug Assistance Program). Puede encontrar recursos y lugares de inscripción en **https://nmhivguide.org.**

  Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, o si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA del Departamento de Salud de Nuevo México al (505) 479-1573. Asegúrese de dar el nombre de su plan o número de póliza de la Parte D de Medicare cuando llame.

- **El Plan de pagos de Medicare para medicamentos con receta.** El Plan de pagos de Medicare para medicamentos con receta es una nueva opción de pago para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo por medicamentos a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarlo a administrar sus costos de medicamentos, distribuyéndolos en **pagos mensuales que variarán a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni bajará los costos de sus medicamentos.**

  La "ayuda adicional" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para los que califiquen, es más ventajosa que la participación en el Plan de pagos de Medicare para medicamentos con receta. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y planes médicos de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecerla. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio al cliente al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 (solo TTY, llame al 711). Atendemos llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto los feriados), desde el **1 de octubre hasta el 31 de marzo**, y de lunes a viernes (excepto los feriados), desde el **1 de abril hasta el 30 de septiembre**. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea *la Evidencia de cobertura de 2025* (tiene información de los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* de Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.phs.org/Medicare. También puede llamar al Servicio al cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, www.phs.org/Medicare. 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 8.2 – 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

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

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y usted 2025.* Este documento se envía por correo a las personas con Medicare, todos los otoños. Tiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare y las 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 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.

Aviso de no discriminación y accesibilidad

La ley prohíbe la discriminación

Presbyterian Healthcare Services se compromete a prestar servicios de atención médica equitativos y existe con el fin de mejorar la salud de los pacientes, de los asegurados y de las comunidades que servimos. Valoramos la diversidad y la inclusión y nos esforzamos por tratar a todos con respeto. No discriminamos por motivos de raza; color; linaje; origen nacional (incluso por dominio limitado del inglés); ciudadanía; religión; sexo (incluso por embarazos, partos o problemas médicos conexos); estado civil; orientación sexual; expresión o identidad de género; estado de veterano; estado militar; estado de ausencia familiar o médica; edad; discapacidad física o mental; estado médico; datos genéticos; capacidad de pago; o cualquier otro estado protegido. Presbyterian proporcionará adaptaciones razonables y servicios de acceso al idioma a nuestros pacientes, asegurados y fuerza laboral.

Presbyterian Healthcare Services:

- Presta servicios y ayuda a las personas con discapacidades para que se puedan comunicar efectivamente, por ejemplo:
    - Intérpretes calificados de lengua de señas
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, grabaciones de audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de acceso al idioma a las personas cuyo idioma principal no es inglés, por ejemplo:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de esos servicios, llame al Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian al (505) 923-5420, 1-855-592-7737, TTY 711.

Si cree que Presbyterian Healthcare Services no le ha proporcionado dichos servicios o si cree que le han discriminado de alguna otra manera, puede presentar una reclamación a Presbyterian si llama al 1-866-977-3021, TTY 711, fax (505) 923-5124, o **https://ds.phs.org/ewcm/frmExample.do?m=complaintentry&complainttype=customer**.

Además puede presentar una queja formal referente a los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. electrónicamente en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está a su disposición en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf,** o por correo o por teléfono al:

Dirección: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Número de teléfono (gratuito): 1-800-368-1019,800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están a su disposición en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

PRESBYTERIAN

Multi-language Interpreter Services

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 1-855-592-7737 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Navajo/Diné: Díí ats'íís dóó azee' bínda'í díłkidgo, Dinék'ehjí yadałti'iigi ła' bich'į' hadíídzih. Béésh bee hane'é t'áá jíík'e be' hódíílnih 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 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 1-855-592-7737 (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。

Chinese Cantonese: 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 1-855-592-7737 (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。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-592-7737 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-592-7737 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-592-7737 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-592-7737 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-592-7737 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-592-7737 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-592-7737 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-592-7737 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-592-7737 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-592-7737 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-592-7737 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-592-7737 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-855-592-7737 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。