

Aspire Health Group Plus (HMO-POS) ofrecido por Aspire Health (Aspire Health Plan)

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Aspire Health Group Plus. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 4 para acceder a un Resumen de costos importantes, incluida la prima.***

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, en www.aspirehealthplan.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para pedirnos que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo.

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (doctor, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y el costo compartido.
 - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costo compartido.
 - Verifique los cambios en la “Lista de Medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente sigan estando cubiertos.
 - Compare la información de los planes de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o si estará sujeto a otras restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad en 2025.
- Verifique si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o consulte la lista en el reverso de su manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025). Para recibir ayuda adicional, comuníquese con un asesor capacitado del Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y 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 Aspire Health Group Plus (HMO-POS).
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. De esta manera, finalizará su inscripción en Aspire Health Group Plus.
- Si recientemente se mudó o actualmente vive en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiarse de plan o 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, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Llame al número gratuito de Servicios para los miembros al (855) 570-1600 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., PT, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto algunos días feriados). Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en tamaño de letra grande, braille y CD de audio.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Aspire Health Group Plus (HMO-POS)

- Aspire Health Plan es un patrocinador del plan Medicare Advantage HMO y tiene contrato con Medicare. La inscripción en Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Aspire Health (Aspire Health Plan). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Aspire Health Group Plus (HMO-POS).

Aviso anual de cambios para 2025
Tabla de Contenidos

Resumen de los costos importantes de 2025.....	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo.....	7
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	7
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	9
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	13
Sección 2.1 – Si desea permanecer en Aspire Health Group Plus (HMO-POS)	13
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	13
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	14
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	14
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	15
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	16
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Aspire Health Group Plus (HMO-POS)	16
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	17

Resumen de los costos importantes de 2025

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2024 con los costos de 2025 de Aspire Health Group Plus (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	La paga Community Hospital of the Monterey Peninsula. Usted es responsable de la prima mensual de la Parte B.	La paga Community Hospital of the Monterey Peninsula. Usted es responsable de la prima mensual de la Parte B.
Cantidad máxima que paga de su bolsillo Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$0	\$0
Consultas en el consultorio del doctor	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas con un especialista: copago de \$0 por consulta	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas con un especialista: copago de \$0 por consulta
Hospitalizaciones	Días 1-90: copago de \$0	Días 1-90: copago de \$0

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: copago de \$0 • Medicamentos de Nivel 2: copago de \$10 • Medicamentos de Nivel 3: copago de \$42 • Medicamentos de Nivel 4: copago de \$90 • Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 33% • Medicamentos de Nivel 6: copago de \$0 <p>Cobertura para catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: copago de \$0 • Medicamentos de Nivel 2: copago de \$10 • Medicamentos de Nivel 3: copago de \$42 • Medicamentos de Nivel 4: copago de \$90 • Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 33% • Medicamentos de Nivel 6: copago de \$0 <p>Cobertura para catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).</p>	<p>La paga Community Hospital of the Monterey Peninsula. Usted es responsable de la prima mensual de la Parte B.</p>	<p>La paga Community Hospital of the Monterey Peninsula. Usted es responsable de la prima mensual de la Parte B.</p> <p>No hay ningún cambio para el próximo año de beneficios.</p>
<p>Prima mensual para los beneficios complementarios opcionales</p>		
<p>Beneficios ampliados: Opción B Este beneficio complementario opcional incluye una cobertura odontológica completa, beneficio de anteojos, un examen rutinario de la audición, beneficio de audífonos, 10 viajes adicionales de ida a las citas dentro de la red y 14 comidas después de cada estadía en un hospital o centro de atención de enfermería especializada o para determinadas enfermedades crónicas durante un período temporal, y está disponible por una prima mensual adicional.</p>	<p>La paga Community Hospital of the Monterey Peninsula. Usted es responsable de la prima mensual de la Parte B.</p>	<p>La paga Community Hospital of the Monterey Peninsula. Usted es responsable de la prima mensual de la Parte B.</p>

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar una cantidad adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Una vez que alcance esta cantidad, por lo general, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cantidad máxima que paga de su bolsillo	\$0	\$0
Los costos de sus servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.		<p>No hay ningún cambio para el próximo año de beneficios.</p> <p>Una vez que haya pagado \$0 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por estos servicios durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Las cantidades que pague por sus medicamentos con receta dependerán de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren solamente si los obtiene en una de las farmacias de la red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web, en www.aspirehealthplan.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para pedir información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para pedirnos que le enviemos un directorio por correo, el cual recibirá en un plazo de tres días hábiles.

No hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año.

No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si le afecta un cambio de mitad de año en nuestros proveedores, comuníquese con Servicios para los miembros para recibir ayuda.

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

Estamos cambiando los costos y beneficios del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios odontológicos</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>No se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Se podría requerir autorización previa para los servicios odontológicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios y los suministros para pacientes diabéticos.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Se podría requerir autorización previa para los suministros selectos para pacientes diabéticos.</p>
<p>Servicios agrupados de infusión a domicilio</p>	<p>El beneficio de servicios agrupados de infusión a domicilio <u>no</u> está cubierto.</p>	<p>El beneficio de servicios agrupados de infusión a domicilio está cubierto.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios para enfermedades renales	<p style="text-align: center;"><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios de diálisis renal.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Se podría requerir autorización previa para los servicios de diálisis renal.</p>
Atención de salud mental para pacientes externos	<p style="text-align: center;"><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>No se requiere autorización previa para las sesiones de terapia individual cubiertas por Medicare con un profesional de atención de salud mental (que no sea un psiquiatra).</p>	<p style="text-align: center;"><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Se podría requerir autorización previa para los servicios especializados de salud mental cubiertos por Medicare selectos e individuales.</p>

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de Medicamentos. Le enviamos una copia electrónica de nuestra Lista de Medicamentos.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que pueden incluir la eliminación o incorporación de medicamentos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o cambios en su nivel de costo compartido. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de Medicamentos se realizan al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afecten durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez al mes para brindar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura para medicamentos al comienzo del año o durante este, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su doctor para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para obtener más información.

Actualmente, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca que reemplaza. Además, al agregar un nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero pasarlo de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas.

A partir de 2025, podremos reemplazar de inmediato productos biológicos originales por biosimilares específicos. Esto significa que, por ejemplo, si usted toma un producto biológico original que se reemplazará por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no reciba 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 el que hacemos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hayamos hecho, pero es posible que llegue después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver definiciones de tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también brinda información sobre medicamentos para consumidores. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. Además, puede comunicarse con Servicios para los miembros o pedirle más información a su proveedor de atención médica, su farmacéutico o la persona autorizada a dar recetas.

Cambios en los beneficios y los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un folleto separado que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get “Extra Help” Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low-Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para los miembros y pida la LIS Rider (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 para catástrofes. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura (Coverage Gap Discount Program) dejarán de existir en el beneficio de la Parte D.

Además, el Programa de descuentos para el período sin cobertura se reemplazará por el Programa de descuentos del fabricante (Manufacturer Discount Program). Según el Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los productos biológicos y los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura para catástrofes. Los descuentos que paguen los fabricantes conforme al Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los costos de bolsillo.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p>	<p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>	<p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos de esta tabla son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura.</i></p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar es de:</p> <p>Genérico preferido: Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p>Genérico: Usted paga un copago de \$10 por receta.</p> <p>Marca preferida: Usted paga un copago de \$42 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar es de:</p> <p>Genérico preferido: Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p>Genérico: Usted paga un copago de \$10 por receta.</p> <p>Marca preferida: Usted paga un copago de \$42 por receta.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Medicamentos no preferidos:</p> <p>Usted paga un copago de \$90 por receta.</p>	<p>Medicamentos no preferidos:</p> <p>Usted paga un copago de \$90 por receta.</p>
<p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Medicamentos de especialidad:</p> <p>Usted paga un coseguro del 33% por receta.</p> <p>Medicamentos selectos para la diabetes:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Medicamentos de especialidad:</p> <p>Usted paga un coseguro del 33% por receta.</p> <p>Medicamentos selectos para la diabetes:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura para catástrofes).</p>

Cambios en la Etapa de cobertura para catástrofes

La Etapa de cobertura para catástrofes es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por los productos biológicos y los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura para catástrofes. Los descuentos que paguen los fabricantes conforme al Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los costos de bolsillo.

Si llega a la Etapa de cobertura para catástrofes, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura para catástrofes, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea permanecer en Aspire Health Group Plus (HMO-POS)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en Aspire Health Group Plus (HMO-POS).

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2025, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en 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 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 & You 2025* (Medicare y Usted 2025), llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2). Como recordatorio, Aspire Health ofrece otros planes de salud y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y las cantidades de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en Aspire Health Group Plus (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Aspire Health Group Plus (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para los miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.

- *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante 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 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otro momento del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse 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 recientemente se mudó o actualmente vive en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse 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, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama “Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos” (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) del Departamento de la Tercera Edad de California (California Department of Aging).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos o HICAP (SHIP) del Departamento de la Tercera Edad de California pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al

Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos o HICAP (SHIP) del Departamento de la Tercera Edad de California al número local: (831) 655-4249
Llamada gratuita: (800) 434-0222. Puede obtener más información sobre el Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos o HICAP (SHIP) del Departamento de la Tercera Edad de California visitando su sitio web
(https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no recibirán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, 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, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien a
 - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con el costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través de la oficina del ADAP del condado de Monterey. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la oficina del ADAP del condado de Monterey al 831-975-5016. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre del plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo, que estará disponible a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura para

medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían durante el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

Para las personas que reúnan los requisitos, la “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda del Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y del ADAP son más convenientes que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos y planes de salud con cobertura para medicamentos de Medicare deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros llamando al número gratuito (855) 570-1600 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Aspire Health Group Plus (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al número gratuito (855) 570-1600. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Podemos recibir llamadas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., PT, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto algunos días feriados). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* de Aspire Health Group Plus (HMO-POS). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. En nuestro sitio web, en www.aspirehealthplan.org, se encuentra una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Servicios para los miembros para pedirnos que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web: www.aspirehealthplan.org. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de Medicamentos*).

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025)

Consulte el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025). Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de 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.