



Premier Care (HMO I-SNP) es ofrecido por **ALIGN SENIOR CARE CALIFORNIA, INC.**

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Premier Care (HMO I-SNP). El próximo año, habrá cambios en los costos y los beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un resumen de costos importantes, incluida la prima.**

En este documento se explican 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 AlignSeniorCare.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar 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 le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de cuidado médico (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Piense cuánto gastará en las primas, los deducibles y los costos compartidos.
 - Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía están cubiertos.
 - Compare la información del plan para 2024 y 2025 para saber si alguno de estos medicamentos se traslada a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, tratamiento escalonado o un límite de cantidad, para 2025.

- Verifique si sus médicos de cuidado primario, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán 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 la “Ayuda adicional” de Medicare.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones de plan

- Consulte 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 al dorso del manual *Medicare & You 2025 (Medicare y usted de 2025)*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, 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 Premier Care (HMO I-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Para obtener información adicional, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-305-3879. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Este documento también está disponible en braille y en tamaño de letra grande.
- **La cobertura de este plan reúne los requisitos de cobertura de salud calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).** Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Premier Care (HMO I-SNP)

- Premier Care (HMO I-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a ALIGN SENIOR CARE CALIFORNIA, INC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Premier Care (HMO I-SNP).

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año.....	7
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2: Cambios en el gasto máximo de bolsillo.....	7
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos	9
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	22
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	25
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	26
Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Premier Care (HMO I-SNP).....	26
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	26
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan	27
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	27
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	28
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	29
Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Premier Care (HMO I-SNP).....	29
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	29

Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2024 con los costos de 2025 para Premier Care (HMO I-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que solo se trata de un resumen de los costos.**

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Deducible	El deducible de la Parte A es de \$0. Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2024. El deducible de la Parte B es de \$240.	\$0
Gasto máximo de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que usted pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$3,500 para los servicios dentro de la red	\$1,900 para los servicios dentro de la red

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
Visitas al consultorio médico	<p>Consultas de cuidado primario: Copago de \$0</p> <p>Consultas con un especialista: Copago de \$0</p>	<p>Consultas de cuidado primario: Copago de \$0</p> <p>Consultas con un especialista: Copago de \$0</p>
Hospitalizaciones	<p>Copago de \$150 por día para los días del 1 al 10 Copago de \$0 por día para los días del 11 al 90 Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía. El costo compartido se aplica a partir del primer día de ingreso e incluye el último día del alta. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0 por estadía Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía. El costo compartido se aplica a partir del primer día de ingreso e incluye el último día del alta. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$400, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Costo compartido durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de Nivel 1: copago de \$0 • Medicamento de Nivel 2: copago de \$10 • Medicamento de Nivel 3: copago de \$45 • Medicamento de Nivel 4: copago de \$95 • Medicamento de Nivel 5: coseguro del 25% <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</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. No paga nada. 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Costo compartido durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de Nivel 1: copago de \$0 • Medicamento de Nivel 2: copago de \$10 • Medicamento de Nivel 3: copago de \$45 • Medicamentos de Nivel 4: copago de \$95 (Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel). • Medicamento de Nivel 5: coseguro del 25% <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
Prima mensual (Usted también tiene que continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Reducción de la prima de la Parte B	\$0	\$10

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

Sección 1.2: Cambios en el gasto máximo de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina gasto máximo de bolsillo. Por lo general, una vez que alcanza este monto no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
<p>Gasto máximo de bolsillo</p> <p>Los costos de servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el gasto máximo de bolsillo. Los costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el gasto máximo de bolsillo.</p>	<p>\$3,500 para los servicios dentro de la red</p>	<p>\$1,900 para los servicios dentro de la red</p> <p>Una vez que haya pagado \$1,900 para los servicios dentro de la red de gastos de 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

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias, o bien pedirnos que le enviemos por correo un directorio, el cual le enviaremos por correo dentro de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025* (AlignSeniorCare.com) 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 farmacias de 2025* (AlignSeniorCare.com) para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, en los médicos y especialistas (proveedores), y en las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores a mediados del año le afecta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

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

Estamos haciendo cambios en los costos y los beneficios de ciertos servicios médicos del próximo año. La información a continuación describe estos cambios.

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
<p>Cambios en la autorización previa</p>	<p>La autorización previa no se aplica a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días adicionales para pacientes internados en un hospital de cuidados agudos 	<p>La autorización previa se aplica a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días adicionales para pacientes internados en un hospital de cuidados agudos
<p>Cambios en el deducible</p>	<p>El deducible se aplica a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ambulancia aérea • Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC) • Servicios de quiropráctica • Calzado terapéutico/plantillas para diabéticos • Pruebas/procedimientos de diagnóstico • Servicios de radiología de diagnóstico • Servicios de diálisis • Equipos médicos duraderos (DME) • Exámenes de la vista • Anteojos • Sesiones grupales por abuso de sustancias para pacientes externos 	<p>El deducible no se aplica a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ambulancia aérea • Servicios en un ASC • Servicios de quiropráctica • Calzado terapéutico/plantillas para diabéticos • Pruebas/procedimientos de diagnóstico • Servicios de radiología de diagnóstico • Servicios de diálisis • Equipos médicos duraderos (DME) • Exámenes de la vista • Anteojos • Sesiones grupales por abuso de sustancias para pacientes externos

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
<p>Cambios en el deducible (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones grupales de servicios psiquiátricos • Controles de audición de rutina. • Sesiones individuales por abuso de sustancias para pacientes externos • Sesiones individuales de servicios psiquiátricos • Suministros médicos • Medicamentos para radiación/quimioterapia de la Parte B de Medicare • Otro profesional de atención médica • Otros medicamentos de la Parte B de Medicare • Servicios de sangre para pacientes externos • Servicios hospitalarios para pacientes externos • Servicios de podiatría • Dispositivos protésicos • Servicios de radiología terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones grupales de servicios psiquiátricos • Controles de audición de rutina. • Sesiones individuales por abuso de sustancias para pacientes externos • Sesiones individuales de servicios psiquiátricos • Suministros médicos • Medicamentos para radiación/quimioterapia de la Parte B de Medicare • Otro profesional de atención médica • Otros medicamentos de la Parte B de Medicare • Servicios de sangre para pacientes externos • Servicios hospitalarios para pacientes externos • Servicios de podiatría • Dispositivos protésicos • Servicios de radiología terapéutica

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
<p>Calificaciones para beneficios complementarios especiales*</p> <p>Los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) solo están disponibles para los miembros con ciertas afecciones crónicas. Estos beneficios están marcados con un asterisco (*).</p>	<p>Es posible que sea elegible si tiene una de las siguientes afecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Dependencia crónica al alcohol u otras drogas • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Insuficiencia cardíaca crónica • Trastornos pulmonares crónicos • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática terminal • Enfermedad renal terminal (ESRD) • VIH/SIDA • Hiperlipidemia • Hipertensión • Trastornos neurológicos • Osteoartritis • Trastornos hematológicos graves • Accidente cerebrovascular 	<p>Es posible que sea elegible si tiene una de las siguientes afecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Dependencia crónica al alcohol u otras drogas • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Insuficiencia cardíaca crónica • Trastornos pulmonares crónicos • EPOC • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática terminal • ESRD • VIH/SIDA • Hiperlipidemia • Hipertensión • Trastornos neurológicos • Osteoartritis • Osteoporosis • Trastornos hematológicos graves • Accidente cerebrovascular

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
<p>Beneficios adicionales de telesalud</p>	<p>Copago de \$0 a \$20 El costo compartido para telesalud coincide con el costo compartido para consultas en persona Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>Copago de \$0 El costo compartido para telesalud coincide con el costo compartido para consultas en persona</p>
<p>Servicios dentales</p>	<p>Máximo: \$1,000 por año para los servicios preventivos y servicios integrales</p>	<p>Máximo: no hay un máximo para los servicios preventivos y \$3,000 por año para los servicios integrales</p>
<p>Servicios dentales: servicios generales complementarios</p>	<p>Copago de \$0 Tratamiento paliativo del dolor dental, dos (2) cada año calendario. El protector oclusal, el análisis y los ajustes están cubiertos una vez cada tres (3) años. La teleodontología está cubierta dos (2) cada año calendario.</p>	<p>Copago de \$0 Los servicios generales complementarios incluyen sedación profunda, sedación consciente intravenosa, consulta. El protector oclusal, el análisis y los ajustes están cubiertos una vez cada tres (3) años. La teleodontología está cubierta dos (2) cada año calendario.</p>

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
Servicios dentales: radiografías dentales	<p>Copago de \$0 Una radiografía de aleta de mordida está cubierta cada año. Una (1) radiografía panorámica o una (1) serie de radiografías completa está cubierta cada tres años. Las radiografías intrabucales oclusales están cubiertas dos veces al año.</p>	<p>Copago de \$0 Dos radiografías de aleta de mordida están cubiertas cada año. Una (1) radiografía panorámica o una (1) serie completa de radiografías es un beneficio cubierto una vez cada tres años. Las radiografías intrabucales oclusales son un beneficio cubierto dos veces al año.</p>
Servicios dentales: tratamiento con flúor	<p>Copago de \$0 Se limita a 2 consultas por año</p>	<p>Copago de \$0 Se limita a 1 consulta cada 6 meses</p>
Servicios dentales: servicios de implante	<p><u>Sin</u> cobertura</p>	<p>Copago de \$0</p>
Servicios dentales: controles bucales	<p>Copago de \$0 Se limita a 2 consultas por año</p>	<p>Copago de \$0 El plan solo cubrirá 2 de las evaluaciones bucales periódicas, limitadas, periodontales o integrales por año calendario.</p>

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
<p>Servicios dentales: cirugía bucal y maxilofacial</p>	<p>Copago de \$0 Las extracciones simples y quirúrgicas son un beneficio cubierto único por diente de por vida. La extracción de un diente impactado es un beneficio cubierto. Los servicios de alveoloplastia están cubiertos una vez por lugar/cuadrante de por vida.</p>	<p>Copago de \$0 El plan cubrirá extracciones simples y quirúrgicas, y la eliminación de un diente impactado, uno por diente de por vida. Los servicios de alveoloplastia están cubiertos una vez por lugar/cuadrante de por vida. Injerto para reemplazo óseo para la preservación del reborde, por lugar, uno (1) por lugar de por vida. Frenuloplastia, una cada 5 años. Incisión y drenaje de un absceso, extirpación de lesión benigna, extracción de quistes/tumores odontogénicos benignos.</p>
<p>Servicios dentales: otros servicios dentales de diagnóstico</p>	<p>Copago de \$0</p>	<p>Copago de \$0 El plan cubrirá la captura e interpretación de CT de haz cónico, pruebas de vitalidad pulpar y evaluaciones del riesgo de caries.</p>

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
Servicios dentales: periodoncia	<p>Copago de \$0</p> <p>La irrigación gingival es un beneficio cubierto una vez por cuadrante cada dos (2) años. Los servicios de periodoncia incluyen gingivectomía, una (1) por cuadrante cada tres (3) años; cirugías óseas, una vez por lugar/cuadrante cada cinco (5) años; desbridamiento de boca completa, una vez cada dos (2) años. Servicios de injerto de periodoncia, uno (1) por lugar/cuadrante cada tres (3) años.</p> <p>\$1.000 por año</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Raspado y pulido radicular, una vez por cuadrante cada dos (2) años. El mantenimiento periodontal es un beneficio cubierto dos (2) por año. La irrigación gingival es un beneficio cubierto una vez por cuadrante cada dos (2) años. Los servicios de periodoncia incluyen gingivectomía, una (1) por cuadrante cada tres (3) años; cirugías óseas, una vez por lugar/cuadrante cada cinco (5) años; desbridamiento de boca completa, una vez cada dos (2) años. Servicios de injerto de periodoncia, uno (1) por lugar/cuadrante cada tres (3) años.</p>
Servicios dentales: prostodoncia, fija	<p><u>Sin</u> cobertura</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios de prostodoncia fija son un beneficio cubierto una vez por diente cada cinco (5) años. Un (1) pónico/corona retenedora (puente) por diente cada 5 años calendario.</p>

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios de restauraciones</p>	<p>Copago de \$0 1 por diente de los siguientes servicios de restauración están cubiertos cada 5 años, reconstrucción de muñones, retención con pernos, perno y muñón indirectamente fabricados, y cada perno prefabricado adicional. La corona prefabricada es un servicio cubierto una vez, por diente cada año. \$1.000 por año</p>	<p>Copago de \$0 Los empastes están cubiertos; no se puede duplicar la superficie por diente durante dos (2) años. Uno (1) por diente de los siguientes servicios de restauración están cubiertos cada cinco (5) años, reconstrucción de muñones, retención con pernos, perno y muñón indirectamente fabricados, y cada perno prefabricado adicional. La corona prefabricada es un servicio cubierto una vez, por diente cada año.</p>
<p>Beneficio de acondicionamiento físico</p>	<p>Copago de \$0 Los miembros tienen acceso a una suscripción en línea a clases de acondicionamiento físico y ejercicios para el año. Los miembros también tienen acceso a Brain HQ, una suscripción en línea por año que ofrece juegos y ejercicios para el cerebro/mente. Los miembros recibirán \$150 por la compra de un rastreador de actividad Fitbit.</p>	<p><u>Sin</u> cobertura</p>

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
Evaluación/colocación de audífonos	Copago de \$0 Se limita a 1 consulta por año	<u>Sin</u> cobertura
Alimentos y productos*	\$35 por mes para gastar en alimentos	<u>Sin</u> cobertura
Sesiones grupales de servicios especializados en salud mental	Copago de \$10 Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.	Copago de \$0
Servicios de apoyo en el hogar	<u>Sin</u> cobertura	<p>Copago de \$0 Se limita a 80 horas por año.</p> <p>Los miembros tienen acceso a un beneficio de servicios de apoyo en el hogar que puede incluir apoyo con actividades de la vida diaria (ADL) o actividades de la vida diaria instrumentales (IADL), como necesidades de higiene personal, tareas domésticas sencillas, tareas de lavandería, preparación de comidas, alimentación, baño y aseo. También puede incluir tareas generales como mandados, tareas domésticas sencillas, acompañamiento a citas, asistencia tecnológica y concertación de citas.</p>

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
<p>Sesiones individuales de servicios especializados en salud mental</p>	<p>Copago de \$20 Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Hospital psiquiátrico para pacientes internados</p>	<p>Copago de \$195 por día para los días del 1 al 8 Copago de \$0 por día para los días del 9 al 90 Copago de \$658 por día para cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida) Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía. El costo compartido se aplica a partir del primer día de ingreso e incluye el último día del alta. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0 por día para los días del 1 al 3 Copago de \$100 por día para los días del 4 al 10 Copago de \$0 por día para los días del 11 al 90 Copago de \$816 por día para cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida) Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía. El costo compartido se aplica a partir del primer día de ingreso e incluye el último día del alta. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
<p>Pacientes internados en un hospital de cuidados agudos</p>	<p>Copago de \$150 por día para los días del 1 al 10 Copago de \$0 por día para los días del 11 al 90 Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía. El costo compartido se aplica a partir del primer día de ingreso e incluye el último día del alta. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0 por estadía Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía. El costo compartido se aplica a partir del primer día de ingreso e incluye el último día del alta.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Estadía no cubierta por Medicare para pacientes internados en un hospital de cuidados agudos</p>	<p><u>Sin</u> cobertura</p>	<p>El plan también cubre ciertas hospitalizaciones para pacientes internados que normalmente no están cubiertas por Medicare. Usted está cubierto siempre que se apruebe la hospitalización de acuerdo con las normas del plan.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Audífonos de venta libre (OTC)</p>	<p><u>Sin</u> cobertura</p>	<p>\$405 cada 3 meses para gastar en productos OTC Incluidos como parte de la asignación compartida para OTC</p>

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p>	<p>Copago de \$75; Coseguro del 20%</p> <p>Copago de \$75 para cirugías en consultorio para pacientes externos Coseguro del 20% para todos los demás servicios El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0 a \$225</p> <p>Copago de \$0 para colonoscopia de diagnóstico y extracción de pólipos Copago de \$225 por todos los demás servicios Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Productos de venta libre (OTC)</p>	<p>\$225 cada 3 meses para gastar en productos OTC</p>	<p>\$405 cada 3 meses para gastar en productos OTC</p> <p>Incluidos como parte de la asignación compartida para OTC</p>
<p>Servicios de podiatría</p>	<p>Copago de \$0 Se limita a 4 consultas por año</p>	<p>Copago de \$0 Se limita a 6 consultas por año</p>
<p>Audífonos con receta</p>	<p>\$1,500 por año para ambos oídos combinados</p> <p>Se limita a 2 consultas por año</p>	<p><u>Sin</u> cobertura</p>
<p>Controles de audición de rutina</p>	<p>Copago de \$0 Se limita a 1 consulta por año</p>	<p><u>Sin</u> cobertura</p>

Costo:	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
<p>Centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Copago de \$0 por día para los días del 1 al 20 Copago de \$100 por día para los días del 21 al 100 Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía. El costo compartido se aplica a partir del primer día de ingreso e incluye el último día del alta. No se requiere hospitalización previa. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p>	<p>Copago de \$0 por día para los días del 1 al 100 Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía. El costo compartido se aplica a partir del primer día de ingreso e incluye el último día del alta. No se requiere hospitalización previa.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p>
<p>Beneficio de necesidades sociales*</p>	<p>Copago de \$0 Se limita a 30 horas por año para atención de acompañamiento.</p>	<p><u>Sin</u> cobertura</p>
<p>Transporte para necesidades no médicas*</p>	<p><u>Sin</u> cobertura</p>	<p>Copago de \$0 Se limita a 24 viajes de ida o vuelta por año (este límite se aplica a todos los tipos de transporte que no sean de emergencia)</p>

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

Cambios en la Lista de medicamentos
--

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

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir quitar o agregar medicamentos y cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para comprobar si habrá restricciones, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas 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 lista más actualizada de medicamentos. Si realizamos un cambio que afecta su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si un cambio en la cobertura de medicamentos le afecta al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con el médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o intentar encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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

A partir de 2025, podremos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales por determinados biosimilares. Esto significa que, por ejemplo, si está tomando 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 ni que obtenga un suministro mensual del producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, todavía obtendrá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de hacer el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de la *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información sobre los medicamentos para los consumidores. Consulte el sitio web de la FDA:

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o solicitar a su proveedor de atención médica, persona autorizada a dar recetas o farmacéutico para obtener más información.

Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos con receta

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuentos del Fabricante. En virtud de este, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los Descuentos que pagan los Fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los gastos de bolsillo.

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p>	<p>El deducible es de \$400. Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 para los medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos) y un costo compartido de \$10 para los medicamentos del Nivel 2 (genéricos), y el costo total para los medicamentos del Nivel 3 (de marca preferidos), del Nivel 4 (de marca no preferidos) y del Nivel 5 (de especialidad) hasta que llegue al deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$0. Como no tenemos ningún deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	En 2024 (este año)	En 2025 (el 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 los medicamentos, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos de este cuadro son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted obtiene su receta en una farmacia de la red que proporciona un costo compartido estándar.</p> <p>Si desea 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>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos”. Para saber si los medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes que se surte en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1 (genéricos preferidos): Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 (genéricos): Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 (de marca preferidos): Usted paga \$45 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4 (de marca no preferidos): Usted paga \$95 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 (de especialidad): Usted paga el 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes que se surte en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1 (genéricos preferidos): Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 (genéricos): Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 (de marca preferidos): Usted paga \$45 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4 (de marca no preferidos): Usted paga \$95 por medicamento con receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5 (de especialidad): Usted paga el 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo para medicamentos de la Parte D, avanzará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que pagan los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los gastos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre los costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Haremos ciertos cambios administrativos el próximo año. La información a continuación describe estos cambios.

Descripción	En 2024 (este año)	En 2025 (el próximo año)
<p>Plan de pago de recetas de Medicare</p>	<p>No corresponde</p>	<p>El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y que puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían durante todo el año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, póngase en contacto con nosotros al 1-844-305-3879 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Premier Care (HMO I-SNP)

Para seguir en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en otro plan o no se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente se le inscribirá en nuestro plan Premier Care (HMO I-SNP).

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que el próximo año siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiarse en 2025, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- Puede cambiarse a Original Medicare. Si se 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 Original Medicare 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 de 2025*, llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, ALIGN SENIOR CARE CALIFORNIA, INC. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: cámbiese de cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, debe inscribirse en el nuevo plan. Su inscripción en Premier Care (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Premier Care (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para desafiliarse. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.

- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan

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

¿Hay otros períodos del año para cambiarse de plan?

En ciertas situaciones, también se pueden realizar cambios en otros períodos del año. Entre los ejemplos se incluyen a las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o están por dejar la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no está a gusto con su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente a una institución o si ahora vive en una (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 (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin otro plan de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó recientemente 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 mude.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Defensa en Seguros de Salud (HICAP) de California.

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 HICAP de California pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar al HICAP de California al 1-800-434-0222. (Los planes pueden insertar lo siguiente: Para obtener más información sobre el HICAP de California, puede visitar su sitio web (<https://www.aging.ca.gov/hicap/>)).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Usted podría calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, enumeramos diferentes 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 usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellas personas que califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a uno de estos:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** California cuenta con un programa llamado Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, contáctese con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El ADAP ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA accedan a medicamentos para el VIH esenciales. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, dichas personas deben cumplir ciertos criterios, lo que incluye prueba de residencia en el estado y del estado del VIH, de bajos ingresos según lo definido por el estado y de no tener seguro o tener un 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 del ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está actualmente inscrito, cómo continuar recibiendo la asistencia, llame al 1-844-421-7050. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.
- **El plan de pago de recetas de Medicare.** El plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago nueva para ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos, disponible a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en **pagos mensuales que varían durante todo el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ofrece descuentos en los costos ni costos más bajos para sus medicamentos.**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y ADAP, para aquellos que califican, son más beneficiosas que la participación en el plan de pago de recetas 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, póngase en contacto con nosotros al 1-844-305-3879 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Premier Care (HMO I-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarle. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-305-3879. (Los números de TTY deben llamar únicamente al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura de 2025* (describe en detalle los beneficios y los costos del próximo año)

En este *Aviso anual de cambios* se 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* para Premier Care (HMO I-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener su cobertura de servicios y de medicamentos recetados. Puede consultar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com. También puede llamar a Servicios a los Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com. Recuerde que nuestro sitio web cuenta con 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)

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 el costo, la cobertura y las calificaciones sobre la calidad para ayudarle 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 y usted de 2025*

Lea el manual *Medicare y usted de 2025*. Cada otoño, se envía este documento por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y responde a las preguntas más 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.