



Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) ofrecido por Central Health Medicare Plan

Notificación anual de cambios de 2025

Actualmente, está inscrito como miembro de Central Health Focus Plan (HMO C-SNP). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios de este plan. **Consulte la página 5 para obtener un Resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa acerca de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, disponible en nuestro sitio web www.centralhealthplan.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

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

Qué se debe hacer ahora.

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican en su caso?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico y hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Evalúe cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Verifique los cambios en la “Lista de Medicamentos” 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan de 2024 y de 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasa a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad, para 2025.
- Consulte si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, permanecerán en nuestra red el próximo año.

Consulte si califica para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Es posible que las personas con ingresos limitados califiquen para recibir “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare.

Piense si está conforme con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Infórmese sobre otras opciones de planes

Revise las coberturas 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 en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2025*. Si necesita ayuda adicional, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.

Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar de plan.

- Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Central Health Focus Plan (HMO C-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en Central Health Focus Plan (HMO C-SNP).
- Si hace poco tiempo se mudó a una institución, vive en una institución en la actualidad (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasarse a Medicare Original durante dos meses completos a partir del mes en que se mude.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Este documento está disponible de forma gratuita en chino.
- Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al (866) 314-2427. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Pacífico, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Esta llamada es gratuita.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra de imprenta grande u otros formatos alternativos.

- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada** (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Central Health Focus Plan (HMO C-SNP)

- El Plan Central Health Medicare es un plan HMO/HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en el Plan Central Health Medicare depende de la renovación del contrato.
 - Cuando en este documento se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Central Health Medicare Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Central Health Focus Plan (HMO C-SNP).
-

Notificación Anual de Cambios para el 2025

Tabla de Contenidos

Resumen de Costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Año Siguiete	6
Sección 1.1 –Cambios en su Prima Mensual	6
Sección 1.2 –Cambios en el Monto Máximo de Bolsillo	7
Sección 1.3 –Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias	8
Sección 1.4 –Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	8
Sección 1.5 –Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de Parte D ..	14
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	17
SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Plan Elegir	19
Sección 3.1 –Si decide permanecer en Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) ..	19
Sección 3.2 –Si decide cambiar de plan	19
SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiarse de Plan	20
SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare ...	21
SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados	21
SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?	23
Sección 7.1 –Cómo Obtener Ayuda de Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) ..	23
Sección 7.2 –Cómo Obtener Ayuda de Medicare	23

Resumen de Costos importantes para 2025

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2024 y los costos de 2025 para Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) en diversas áreas importantes. **Cabe destacar que este es solamente un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
* Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la sección 1.1 para obtener más información.		
Monto máximo de gastos de bolsillo	\$1,800	\$1,800
Este es el <u>máximo</u> que pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para obtener más información).		
Visitas al consultorio del médico	Consultas a un médico de atención primaria: \$0 por consulta. Consultas a un especialista: desde \$0 por consulta	Consultas a un médico de atención primaria: \$0 por consulta. Consultas a un especialista: desde \$0 por consulta
Internación en hospital	Usted paga \$0 por estadía	Usted paga \$0 por estadía
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para obtener más información).	Deducible: \$0 Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$0 • Medicamentos de Nivel 3: \$35 	Deducible: \$0 Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$0 • Medicamentos de Nivel 3: \$35

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>Usted paga \$0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: \$75 • Medicamentos de Nivel 5: 33% • Medicamentos de Nivel 6: \$0 <p>Cobertura Catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En esta etapa de pago, el plan paga los costos completos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Sin cargo para usted. 	<p>Usted paga \$0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: \$75 • Medicamentos de Nivel 5: 33% • Medicamentos de Nivel 6: \$0 <p>Cobertura Catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Año Siguiete

Sección 1.1 – Cambios en su Prima Mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Prima mensual</p> <p>(Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).</p>	\$0	\$0
<p>Reembolsos de la Prima de la Parte B</p>	\$35	\$0

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Uno de los beneficios de nuestro plan es un Reembolso de la Prima de la Parte B. Esto significa que cada mes, el monto que aparece se aplicará automáticamente a su Prima de la Parte B, lo que aumentará su cheque del Seguro Social cada mes.</p>		
<p>Prima mensual del paquete de beneficios dentales mejorados complementarios opcionales</p>	<p>El paquete de beneficios dentales mejorados complementarios opcionales no está disponible.</p>	<p>\$45</p>

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al Gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el Monto Máximo de Bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que alcanza este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan en el cálculo de su monto máximo de gastos de bolsillo. Su prima del plan y los costos por medicamentos recetados no</p>	<p>\$1,800</p>	<p>\$1,800</p> <p>Una vez que haya pagado \$1,800 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
cuentan en el cálculo de su monto máximo de gastos de bolsillo.		lo que reste del año calendario. No hay cambios para el próximo año de beneficios.

Sección 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden variar según la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Los directorios actualizados están disponibles en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, el que le enviaremos dentro de tres días hábiles.

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de Proveedores 2025 en www.centralhealthplan.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están incluidos en nuestra red.**

Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de Farmacias 2025 en www.centralhealthplan.com para ver qué farmacias están incluidas en nuestra red.**

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

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

El próximo año, haremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Días adicionales en el hospital para pacientes internados (con condiciones agudas)	Los días adicionales ilimitados están cubiertos con un copago de \$0.	Sin cobertura
Atención médica de emergencia	Usted paga un copago de \$0 por consulta si es admitido a la sala de emergencias dentro de las 72 horas de un alta previa de la sala de emergencias y un copago de \$125 por consulta para todos los demás servicios de emergencia.	Usted paga un copago de \$0 por consulta si es admitido a la sala de emergencias dentro de las 72 horas de un alta previa de la sala de emergencias y un copago de \$135 por consulta para todos los demás servicios de emergencia.
Cobertura de emergencia en todo el mundo	<p>Usted paga un copago de \$50 por consulta por los servicios de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por consulta por los servicios urgentemente necesarios en todo el mundo.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por consulta por los servicios de transporte de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Hay un monto máximo de cobertura de los beneficios del plan de \$100,000 para servicios de emergencia, servicios urgentemente necesarios y servicios de transporte de emergencia en todo el mundo combinados.</p>	<p>Usted paga un copago de \$135 por consulta por los servicios de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Usted paga un copago de \$135 por consulta por los servicios urgentemente necesarios en todo el mundo.</p> <p>Usted paga un copago de \$135 por consulta por los servicios de transporte de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Hay un monto máximo de cobertura de los beneficios del plan de \$100,000 para servicios de emergencia, servicios urgentemente necesarios y servicios de transporte de emergencia en todo el mundo combinados.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Cuidado de los pies adicional de rutina	Sin cobertura	Usted paga un copago de \$0 por cada consulta de rutina hasta 12 consultas por año.
Servicios de ambulancia	<p>Usted paga un copago de \$0 por viaje por servicios de ambulancia terrestre por un traslado de un hospital fuera de la red a un hospital dentro de la red y un copago de \$100 por viaje para todos los demás servicios de ambulancia terrestre.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por viaje por servicios de ambulancia aérea.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por viaje por servicios de ambulancia terrestre por un traslado de un hospital fuera de la red a un hospital dentro de la red y un copago de \$200 por viaje para todos los demás servicios de ambulancia terrestre.</p> <p>Usted paga un copago de \$200 por viaje por servicios de ambulancia aérea.</p>
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	<p>Usted paga un coseguro del \$0 hasta 20%.</p> <p>Coseguro mínimo para bastones, inodoros, muletas, andadores y accesorios.</p> <p>Coseguro máximo para dispositivos de asistencia ventricular y accesorios, dispositivos generadores de habla y accesorios, electroestimuladores y accesorios, y dispositivos de movilidad motorizada y accesorios.</p> <p>Coseguro del 10 % por todos los demás DME cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un coseguro del \$0 hasta 20%.</p> <p>Coseguro mínimo para bastones, inodoros, muletas, andadores y accesorios.</p> <p>Coseguro máximo por todos los demás DME cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados	Usted paga un coseguro del \$0 - 20% por dispositivos ortopédicos y suministros médicos relacionados.	Usted paga un coseguro del 20% por dispositivos ortopédicos y suministros médicos relacionados.
Programa Made Easy Meals	Sin cobertura	Usted paga \$0 por 14 comidas cada semana durante 12 semanas (168 comidas en total).
Servicios dentales preventivos e integrales	<p><u>Servicios integrales:</u> Servicios que no son de rutina: Usted paga un copago de \$0 - \$166.</p> <p>Extracciones: Usted paga un copago de \$0 - \$237.</p> <p>Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios: Usted paga un copago de \$0 - \$2,160.</p> <p>No hay un límite de beneficio máximo del plan para servicios dentales preventivos o integrales.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p> <p>Puede que se requiera una remisión del médico.</p>	<p><u>Servicios preventivos:</u> Otros servicios dentales preventivos: Usted paga un copago de \$0.</p> <p><u>Servicios integrales:</u> Servicios generales adjuntos: Usted paga un copago de \$0 - \$166.</p> <p>Prótesis removibles: Usted paga un copago de \$0 - \$220.</p> <p>Prótesis fijas: Usted paga un copago de \$75 - \$295.</p> <p>Implantes: Usted paga un copago de \$0 - \$2,160.</p> <p>Cirugía oral y maxilofacial: Usted paga un copago de \$0 - \$237.</p> <p>No hay un límite de beneficio máximo del</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		<p>plan para servicios dentales preventivos o integrales.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p> <p>Puede que se requiera una remisión del médico.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) Los beneficios SSBCI solo están disponibles para los miembros con una afección crónica que califique. Consulte la EOC para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación para alimentos saludables 	<p>Usted obtiene una asignación mensual de \$25 para comprar alimentos saludables en las tiendas de comestibles aprobadas por el plan.</p>	<p>Usted obtiene una asignación mensual de \$50 para comprar alimentos saludables en las tiendas de comestibles aprobadas por el plan.</p>
<p>Tarjeta Flex</p>	<p>Usted obtiene \$46 por cada mes para artículos de venta libre (OTC) y artículos del catálogo de hierbas para la salud y el bienestar.</p> <p>Los audífonos de venta libre (OTC) no están cubiertos.</p> <p>La asignación para acondicionamiento físico no está cubierta.</p>	<p>Usted obtiene \$131 por cada 3 meses para artículos de venta libre (OTC) y artículos del catálogo de hierbas para la salud y el bienestar.</p> <p>Los audífonos de venta libre están cubiertos e incluidos en la asignación de artículos de venta libre (OTC).</p> <p>Obtiene \$20 cada mes para gastos de acondicionamiento físico que califiquen.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Beneficio dental mejorado complementario opcional</p>	<p>El paquete de beneficios dentales mejorados complementarios opcionales no está disponible.</p>	<p>Prima: \$45</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Exámenes bucales: Usted paga un coseguro del 10%.</p> <p>Radiografías dentales: Usted paga un coseguro del 10%.</p> <p>Otros servicios dentales de diagnóstico: Usted paga un coseguro del 10%.</p> <p>Profilaxis (limpieza): Usted paga un coseguro del 10%.</p> <p>Tratamiento con flúor: Usted paga un coseguro del 10%.</p> <p>Otros servicios dentales preventivos: Usted paga un coseguro del 10%.</p> <p>Servicios de restauración: Usted paga un coseguro del 70%.</p> <p>Endodoncia: Usted paga un coseguro del 70%.</p> <p>Periodoncia: Usted paga un coseguro del 70%.</p> <p>Prótesis removibles: Usted paga un coseguro del 70%.</p> <p>Servicios de implantes: Usted paga un coseguro del 70%.</p> <p>Prótesis fijas: Usted paga un coseguro del 70%.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		Cirugía oral y maxilofacial: Usted paga un coseguro del 70%. Servicios generales adjuntos: Usted paga un coseguro del 70%. Límite de beneficio anual para servicios fuera de la red: \$1,500

Sección 1.5 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de Medicamentos. Una copia de la Lista de Medicamentos se encuentra disponible de forma electrónica.

Realizamos cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, los que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o el traslado a un nivel de costos compartidos diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de costos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos 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 de medicamentos más actualizada. Si realizamos 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 su cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica del medicamento en el mismo nivel de costo compartido o uno inferior y con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca que reemplaza. También, al agregar un nuevo

medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o agregar nuevas restricciones, o ambos.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que será reemplazado por un producto biosimilar, es posible que no reciba notificación del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni que no obtenga un suministro de 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 realizamos el cambio, aún recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero es posible que llegue después de que realicemos el cambio.

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

Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados

Nota: Si tiene un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Extra [Extra Help]”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso.** Hemos incluido un documento adjunto denominado Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben “Ayuda Extra (Extra Help)” para Pagar Medicamentos Recetados (también conocido como *Cláusula Adicional sobre Subsidios para Personas de Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS*), que le explica los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Extra (Extra Help)” y no recibió el documento adjunto con este paquete, llame a Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula Adicional LIS*.

A partir de 2025, existen tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. La Etapa de Brecha en la Cobertura y el Programa de Descuentos por Brecha en la Cobertura dejarán de existir en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuentos por Brecha en la Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuentos de Fabricantes. Conforme al Programa de Descuentos de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

Cambios en la Etapa de Deducibles

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en el costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (31 días) cuando los medicamentos recetados se surten en una farmacia de la red que ofrece costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener más 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 en nuestra Lista de Medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la "Lista de Medicamentos".</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>La cantidad de días en un suministro de un mes es de 30 días.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar es:</p> <p>Nivel 1 – Genéricos Preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 2 – Genéricos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 3 – Marca Preferida:</p> <p>Usted paga \$35 por receta médica.</p> <p>Usted paga \$0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 – Medicamento No Preferido:</p> <p>Usted paga \$75 por receta médica.</p>	<p>La cantidad de días en un suministro de un mes es de 31 días.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar es:</p> <p>Nivel 1 – Genéricos Preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 2 – Genéricos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 3 – Marca Preferida:</p> <p>Usted paga \$35 por receta médica.</p> <p>Usted paga \$0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 – Medicamento No Preferido:</p> <p>Usted paga \$75 por receta médica.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>Nivel 5 – Medicamentos Especializados:</p> <p>Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Nivel 6 – Medicamentos de Cuidados Seleccionados:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en la Cobertura).</p>	<p>Nivel 5 – Medicamentos Especializados:</p> <p>Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Nivel 6 – Medicamentos de Cuidados Seleccionados:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</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 Catastrófica).</p>

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 pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos de la Parte D cubiertos durante la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

Si alcanza la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de Cobertura Catastrófica, revise la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Gerente de beneficios de farmacia	Sus beneficios de farmacia fueron	Sus beneficios de farmacia son

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	administrados por Express Scripts.	administrados por CVS Caremark.
<p>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</p>	<p>No se aplica.</p>	<p>El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al (866) 314-2427, TTY 711 o visite Medicare.gov.</p>
<p>Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas III</p>	<p>Si se le diagnostica una afección crónica elegible y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para “Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas”.</p>	<p>Si se le diagnostica una afección crónica elegible y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para “Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas”.</p> <p>Además:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe completar una Evaluación de Riesgos para la Salud cada año. • Revisaremos su elegibilidad anualmente.

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que se necesite autorización previa.

SECCIÓN 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en Central Health Focus Plan (HMO C-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe a un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Central Health Focus Plan (HMO C-SNP).

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerle entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse de plan para el año 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese acerca de sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- – O – puede cambiarse a Medicare Original. Si elige Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, consulte la Sección 1.1 con relación a una penalización potencial 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 a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5), llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Recuerde que Central Health Medicare Plan ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en términos de cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) se cancelará de forma automática.

- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) se cancelará de forma automática.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer alguna de las siguientes cosas:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – *O – bien*, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite 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 desea cambiarse 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 vigencia el 1 de enero de 2025.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permite hacer cambios en otras épocas del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, a las que cuentan con el programa “Ayuda Extra (Extra Help)” para pagar los medicamentos, a las que tienen o van a dejar de tener cobertura por parte de su empleador y a las que se mudan fuera del área de servicio.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage al 1 de enero de 2025 y no le agrada el plan que ha elegido, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente en una (como un centro 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 Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasarse a Medicare Original durante dos meses completos a partir del mes en que se mude.

SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP es conocido como Programa de Protección y Asesoramiento sobre Seguros Médicos (HICAP):

Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno Federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores de Programa de Protección y Asesoramiento sobre Seguros Médicos (HICAP): pueden asistirlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. También puede llamar a Programa de Protección y Asesoramiento sobre Seguros Médicos (HICAP): al 1-800-434-0222. Puede obtener más información sobre Programa de Protección y Asesoramiento sobre Seguros Médicos (HICAP): si visita su sitio web <https://www.cahealthadvocates.org/HICAP/>.

SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Extra (Extra Help)” con el fin de poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, quienes califiquen no tendrán una interrupción de cobertura ni se les impondrá una penalización por inscripción tardía. Para verificar si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., para comunicarse con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - La Oficina de Medicaid de su Estado.

- **Asistencia mediante costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a asegurar que las personas que viven con VIH/SIDA y que son elegibles para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra 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 los siguientes: comprobante de residencia en el estado, comprobante de estado de VIH, ser una persona de bajos ingresos según se haya definido este concepto en el estado y estado de persona no asegurada o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también cuentan con cobertura del ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de California Department of Public Health, Center for Infectious Diseases, Office of AIDS. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, sobre cómo continuar recibiendo asistencia, llame al 1-844-421-7050, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.; Línea directa COVID-19: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; sábados y domingos de 8 a. m. a 5 p. m.. Cuando llame, asegúrese de indicar el nombre del plan de la Parte D de Medicare y el número de póliza.
- **El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo en medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos dividiéndolos en **pagos mensuales que varían durante el año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que cumplan con los requisitos, tiene mayores beneficios que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros pueden participar en esta opción de pago, independientemente de su 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, llámenos al (866) 314-2427 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo Obtener Ayuda de Central Health Focus Plan (HMO C-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al (866) 314-2427. (Solo para usuarios de TTY, llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Pacífico, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Esta *Notificación Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más detalles, revise la *Evidencia de Cobertura 2025* de Central Health Focus Plan (HMO C-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Incluye una explicación de sus derechos y de las reglas que debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com. Recuerde que en nuestro sitio web podrá encontrar 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 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). Allí encontrará información sobre costos, cobertura y Clasificaciones de Calidad de Estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su zona. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Este documento se envía cada año en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.