

Imperial Traditional (HMO) es ofrecido por Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO C-SNP)

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *Imperial Traditional (HMO)*. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios implementados en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.imperialhealthplan.com. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan al ingresar a nuestro sitio web para miembros con su nombre de usuario y contraseña. También puede llamar a nuestro Departamento de Membresía para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

- **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 (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y el costo compartido.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan para 2024 y 2025 para saber si alguno de estos medicamentos se cambia a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad para 2025.
- Verifique si sus médicos 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. Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la “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 Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- 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 inscrito en *Imperial Traditional (HMO)*.
- 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**. Esto finalizará su inscripción en *Imperial Traditional (HMO)*.
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se muda.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés y español.
- Comuníquese con nuestro Departamento de Membresía al *1-800-838-8271* para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al *711*). Los horarios son del 1 de octubre al 31 de marzo, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. excepto los días festivos, o del 1 de abril al 30 de septiembre, lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. excepto los días festivos. Esta llamada es gratuita.
- Este documento podría estar disponible en otros formatos incluyendo Braille, letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener información adicional, llame a nuestro Departamento de Membresía al número de teléfono indicado anteriormente.
- **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). 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 *Imperial Traditional (HMO)*

- *Imperial Health Plan of California, Inc. es un plan (HMO) (HMO SNP) con un Contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan (HMO) (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.*
 - Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO C-SNP)*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *Imperial Traditional (HMO)*.
-

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....	8
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	9
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	10
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	14
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	18
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	19
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en <i>Imperial Traditional (HMO)</i>	19
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	19
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	20
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	20
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	21
SECCIÓN 7 Preguntas.....	22
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de <i>Imperial Traditional (HMO)</i>	22
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	23

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para *Imperial Traditional (HMO)* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</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 más información).	\$1,349	\$1,499
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta
Hospitalizaciones	Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización. Si permanece en el hospital más de 2 días, paga un copago de \$150 por día durante los días 1 al 5 y un copago de \$0 por los días 6 al 90. Nuestro plan proporciona un máximo de 60 días de Reserva de por Vida. Usted	Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización. Si permanece en el hospital más de 2 días, paga: <ul style="list-style-type: none"> • un copago de \$0 al día por los días 1 a 3 • un copago de \$150 por los días 4 a 5 • un copago de \$0 por los días 6 a 90 Nuestro plan proporciona un máximo de 60 días de

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>paga un copago de \$670 al día por los días 1 a 60.</p>	<p>Reserva de por Vida. Usted paga un copago de \$670 al día por los días 1 a 60.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p><i>Copago</i> durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: \$0 de copago • Medicamentos de nivel 2: \$5 de copago • Medicamentos de nivel 3: \$45 de copago <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de nivel 4: \$90 de copago • Medicamentos de nivel 5: 33% de coseguro <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada. 	<p>Deducible: \$0</p> <p><i>Copago</i> durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: \$0 de copago • Medicamentos de nivel 2: \$10 de copago • Medicamentos de nivel 3: \$45 de copago • Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de nivel 4: \$90 de copago • Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de nivel 5: 33% de coseguro <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- 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 posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$1,349</p>	<p style="text-align: center;">\$1,499</p> <p>Una vez que haya pagado \$1,499 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red 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 www.imperialhealthplan.com. También puede llamar a nuestro Departamento de Membresía para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores de 2025 www.imperialhealthplan.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de farmacias de 2025 www.imperialhealthplan.com para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con nuestro Departamento de Membresía para que podamos ayudarlo.

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

Estaremos realizando cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<i>Servicios odontológicos</i>	Usted paga un copago de \$0 por servicios cubiertos no rutinarios. Su plan cubre hasta \$1000 en servicios dentales no rutinarios cada año.	Usted paga un copago de \$0 por servicios cubiertos no rutinarios. Su plan cubre hasta \$3000 en servicios dentales no rutinarios cada año.
<i>Atención de emergencia a nivel mundial</i>	El plan cubre hasta \$50,000 por año en atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos.	El plan cubre hasta \$100,000 por año en atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><i>Salud y acondicionamiento físico</i></p>	<p>A través del Programa de Envejecimiento Saludable y Ejercicio de Silver&Fit®, paga un copago de \$0 por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membresía del gimnasio 2. Kits de ejercicios para el hogar: Puede elegir entre una variedad de kits de ejercicios para el hogar. Hasta 1 kit por cada año de beneficios. <p>También tendrá acceso a numerosos recursos, incluidas clases de envejecimiento saludable (en línea o en DVD), clases de ejercicios diarios en Facebook Live y YouTube, videos de ejercicios Signature Series para todos los niveles de condición física en www.SilverandFit.com, clases de ejercicios digitales en la aplicación móvil Silver&Fit ASHConnect™ y un boletín informativo trimestral.</p>	<p>A través de Silver & Fit® paga un copago de \$0 al año por uno de los siguientes kits de ejercicios para el hogar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kit de seguimiento de actividad física portátil Fitbit® o Garmin® 2. Mancuernas y bandas de ejercicio 3. Pelota y toalla de Pilates 4. Estera y toalla de yoga 5. Correas de yoga y bloques de yoga 6. Gafas de natación y tabla para nadar 7. Guantes de resistencia acuática y flotador de tracción 8. Bastones de estabilidad.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización.</p> <p>Si permanece en el hospital más de 2 días, paga un copago de \$150 por día durante los días 1 al 5 y un copago de \$0 por los días 6 al 90.</p> <p>Nuestro plan proporciona un máximo de 60 días de Reserva de por Vida. Usted paga un copago de \$670 al día por los días 1 a 60.</p>	<p>Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización.</p> <p>Si permanece en el hospital más de 2 días, paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un copago de \$0 al día por los días 1 a 3 • un copago de \$150 por los días 4 a 5 • un copago de \$0 por los días 6 a 90 <p>Nuestro plan proporciona un máximo de 60 días de Reserva de por Vida. Usted paga un copago de \$670 al día por los días 1 a 60.</p>
<p><i>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</i></p>	<p>Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización. Durante este periodo, hay un copago de \$0.</p> <p>Si permanece en el hospital más de 2 días, usted paga un copago de \$150 al día por los días 1 a 5 y un copago de \$0 al día por los días 6 a 90.</p>	<p>Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización. Durante este periodo, hay un copago de \$0.</p> <p>Si permanece en el hospital más de 2 días, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un copago de \$0 al día por los días 1 a 3 • un copago de \$150 por los días 4 a 5 • un copago de \$0 por los días 6 a 90

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><i>Pruebas de diagnóstico para pacientes externos</i></p>	<p>Usted paga el 10% del costo total por los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de laboratorio <p>Usted paga un copago de \$0 por los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de azúcar en sangre/a1c • Paneles de lípidos • Servicios de radiología diagnóstica (incluye radiografías, CT y MRI) 	<p>Usted paga un copago de \$0 por los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de laboratorio • Pruebas de azúcar en sangre/a1c • Paneles de lípidos • Servicios de radiología diagnóstica (incluye radiografías, CT y MRI)
<p><i>Servicios hospitalarios y observación para pacientes externos</i></p>	<p>Usted paga un copago de \$200 por los servicios hospitalarios y de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare, incluidos los brindados en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por los servicios hospitalarios y de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare, incluidos los brindados en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>
<p><i>Artículos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)</i></p>	<p>Usted recibe una subvención de \$75 para medicamentos y suministros de OTC cada 3 meses</p>	<p>Usted recibe una subvención de \$95 para medicamentos y suministros de OTC cada 3 meses</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<i>Centro de atención de enfermería especializada</i>	Usted paga un copago de \$0 al día para los días 1 a 20 y \$164.50 por día para los días 21 a 100.	Usted paga un copago de \$0 al día para los días 1 a 20 y <ul style="list-style-type: none"> • \$100 al día por los días 21 a 50 • \$200 al día por los días 51 a 100
<i>Atención de la vista</i>	El plan cubre hasta \$250 al año por 1 par de anteojos o lentes de contacto.	El plan cubre hasta \$500 al año por 1 par de anteojos o lentes de contacto.

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 de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, 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 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. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo 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 la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para

encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con nuestro Departamento de Membresía para obtener más información.

Actualmente, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión de un nuevo medicamento genérico del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca que reemplaza. Además, cuando agreguemos un nuevo genérico, podemos decidir también 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 ambas cosas.

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

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

Cambios en los beneficios y 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 no se aplica en su caso.** Hemos enviado un inserto 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 denominado *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 inserto antes del 30 de septiembre, llame a nuestro Departamento de Membresía y pida la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de los 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 existen en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura también será sustituido por el Programa de Descuentos del Fabricante. Conforme al Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que pagan los fabricantes dentro del Programa de Descuentos del Fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del 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 sus costos compartidos 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 en este cuadro son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un 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>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, 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>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar es:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos – Nivel 1: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Medicamentos genéricos – Nivel 2: Usted paga \$5 por receta</p> <p>Medicamentos de marca preferidos – Nivel 3: Usted paga \$45 por receta. Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamento no preferido – Nivel 4: Usted paga \$90 por receta</p> <p>Medicamentos especializados – Nivel 5: Usted paga el 33% del costo total</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar es:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos – Nivel 1: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Medicamentos genéricos – Nivel 2: Usted paga \$10 por receta</p> <p>Medicamentos de marca preferidos – Nivel 3: Usted paga \$45 por receta. Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamento no preferido – Nivel 4: Usted paga \$90 por receta. Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos especializados – Nivel 5: Usted paga el 33% del costo total</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 (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 por los 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 dentro del Programa de Descuentos del Fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Plan de pago de recetas de Medicare</p>	<p>No es aplicable</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 puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos extendiéndolos a través de los pagos mensuales que varían durante todo el año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al <i>1-800-838-8271</i> o visite Medicare.gov.</p>

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Salud mental	Llame al 1-800-838-8271 para pedir asistencia.	Llame al 1-800-838-8200 para pedir asistencia.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en *Imperial Traditional (HMO)*

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan *Imperial Traditional (HMO)*.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2025, pero si desea cambiarse 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 cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, 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 2.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Le recordamos que *Imperial Health Plan of 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: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *Imperial Traditional (HMO)*.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *Imperial Traditional (HMO)*.

- Para cambiarse a **Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con nuestro Departamento de Membresía.
 - – *O BIEN* – Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare 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 otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a 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 Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, 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 Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En *California*, el SHIP se denomina *Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)*.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del *HICAP* pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a *HICAP* al 1-800-434-0222. Puede obtener más información sobre *HICAP* visitando su sitio web https://www.aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“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 el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - 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;
 - La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - O a la oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos 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. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) califican para recibir la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta del *California AIDS Drug Assistance Program*. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-833-422-4255.
- **El plan de pago de recetas de Medicare** El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que lo ayuda a administrar los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de los

medicamentos extendiéndolos a través de los **pagos mensuales que varían durante todo el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa 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 ingreso, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-838-8271 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de *Imperial Traditional (HMO)*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a nuestro Departamento de Membresía al 1-800-838-8271. (Solo los servicios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas del 1 de octubre al 31 de marzo, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. excepto los días festivos, o del 1 de abril al 30 de septiembre, lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. excepto los días festivos. 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 detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2025 para Imperial Traditional (HMO)*. 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 cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.imperialhealthplan.com. También puede consultar la *Evidencia de Cobertura* para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a nuestro Departamento de Membresía para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.imperialhealthplan.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de 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, haga lo siguiente:

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

Puede llamar 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.

Visite el sitio web de Medicare

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

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

Lea 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 las 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.