

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) ofrecido por Providence Health Assurance

Aviso Anual de Cambios para 2025

Usted está actualmente inscrito como miembro de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para acceder a un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC. También puede llamar a Servicio al cliente para solicitarnos que le enviemos una *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 la atención médica (doctor, hospital).
 - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones respecto de la cobertura y los costos compartidos.
 - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
 - Verifique los cambios en la “Lista de Medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente siguen estando cubiertos.
 - Compare la información del plan de 2024 y de 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel distinto de costo compartido o si estarán sujetos a diferentes restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite trimestral, para 2025.
- Verifique si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Compruebe si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan.

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025). Para obtener asistencia 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 afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá inscrito en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS).
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto cancelará su inscripción en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS).
- Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasar a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en el que salga de esta.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en múltiples formatos, entre ellos tamaño de letra grande y braille.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

- Providence Health Assurance es una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), un Punto de servicio (Point-of-Service, POS) de una HMO y un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) de una

HMO que tiene contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.

- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Providence Health Assurance. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS).

Aviso Anual de Cambios para 2025
Índice

Resumen de costos importantes para 2025 5

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 9

 Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual 9

 Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo 9

 Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias 10

 Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 11

 Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 13

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 17

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir 18

 Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) 18

 Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan 18

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan 19

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 20

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 20

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? 21

 Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) 21

 Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 22

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$35	\$37
<p>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</p> <p>Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$4,800 cuando utiliza su beneficio de la red.</p> <p>\$10,000 cuando utiliza su beneficio de Punto de servicio (POS).</p>	<p>\$5,500 cuando utiliza su beneficio de la red.</p> <p>No hay cantidad máxima cuando utiliza su beneficio de Punto de servicio (POS).</p>
<p>Consultas en el consultorio del doctor</p>	<p>Consultas de atención primaria dentro de la red: No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta.</p> <p>Consultas de atención primaria cuando utiliza su beneficio de POS: Copago de \$25 por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas dentro de la red: Copago de \$35 por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas cuando utiliza su beneficio de POS: Copago de \$50 por consulta.</p>	<p>Consultas de atención primaria dentro de la red: No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta.</p> <p>Consultas de atención primaria cuando utiliza su beneficio de POS: Copago de \$25 por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas dentro de la red: Copago de \$35 por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas cuando utiliza su beneficio de POS: Copago de \$50 por consulta.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Hospitalizaciones dentro de la red:</p> <p>Copago de \$325 por día para los días 1-6 por admisión y no se requiere coseguro, copago ni deducible a partir del día 7 en adelante para los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados cubiertos por Medicare.</p> <p>Hospitalizaciones cuando utiliza su beneficio de POS:</p> <p>30% del costo total por admisión para atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare.</p>	<p>Hospitalizaciones dentro de la red:</p> <p>Copago de \$325 por día para los días 1-6 por admisión y no se requiere coseguro, copago ni deducible a partir del día 7 en adelante para los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados cubiertos por Medicare.</p> <p>Hospitalizaciones cuando utiliza su beneficio de POS:</p> <p>30% del costo total por admisión para atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 1: \$0 por receta en una farmacia de la red preferida o \$16 por receta en una farmacia de la red. 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 1: \$0 por receta en una farmacia de la red preferida o \$16 por receta en una farmacia de la red.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 2: \$10 por receta en una farmacia de la red preferida o \$20 por receta en una farmacia de la red. • Medicamentos de Nivel 3: \$37 por receta en una farmacia de la red preferida o \$37 por receta en una farmacia de la red. <p>Usted paga un copago de hasta \$35 por cada medicamento con receta, con un suministro de hasta 30 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: \$100 por receta en una farmacia de la red preferida o \$100 por receta en una farmacia de la red. <p>Usted paga un copago de hasta \$35 por cada medicamento con receta, con un suministro de hasta 30 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 2: \$10 por receta en una farmacia de la red preferida o \$20 por receta en una farmacia de la red. • Medicamentos de Nivel 3: \$40 por receta en una farmacia de la red preferida o \$47 por receta en una farmacia de la red. <p>Usted paga \$35 por cada suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: \$100 por receta en una farmacia de la red preferida o \$100 por receta en una farmacia de la red. <p>Usted paga \$35 por cada suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 5: 33% del costo total en una farmacia de la red preferida o 33% del costo total en una farmacia de la red. <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la totalidad del costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. No paga nada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 5: 33% del costo total en una farmacia de la red preferida o 33% del costo total en una farmacia de la red. <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$35	\$37
Prima mensual de la cobertura odontológica complementaria opcional	<u>Providence WA Dental Basic</u> \$33.00	<u>Providence WA Dental Basic</u> \$37.50
Prima mensual de la cobertura odontológica complementaria opcional	<u>Providence WA Dental Enhanced</u> \$45.00	<u>Providence WA Dental Enhanced</u> \$53.50

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar una cantidad adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 acerca de la “Ayuda Adicional” de Medicare.

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

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Su prima del plan y los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$4,800 Dentro de la red</p> <p>\$10,000 Fuera de la red</p>	<p>\$5,500 Dentro de la red</p> <p>Sin cantidad máxima fuera de la red.</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de proveedores dentro de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos dentro de la red durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Las cantidades que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren solamente si los obtiene en una de las farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Los directorios actualizados se encuentran disponibles en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*, el cual le enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025*** (www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) **para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores, especialistas (proveedores), odontólogos y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicio al cliente para que podamos asistirlo.

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

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Ambulancia	<p>Usted paga un copago de \$250 por viaje sencillo por tierra cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$250 por viaje sencillo en avión ambulancia cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$275 por viaje sencillo por tierra cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$275 por viaje sencillo en avión ambulancia cubierto por Medicare.</p>
Servicios odontológicos (otros, no cubiertos por Medicare)	<p>Dentro de la red Recibe una tarjeta de débito para odontología precargada, con una prestación máxima de \$1,000 por año calendario. Puede utilizar esta tarjeta para pagar cualquier servicio odontológico en la clínica odontológica de su elección. Los fondos no utilizados vencen después de las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de cada año y no se transfieren al año siguiente.</p>	<p>Dentro de la red Tiene una asignación de \$875 cada año calendario para cualquier servicio odontológico que elija.</p> <p>La tarjeta (de débito precargada para atención odontológica) tiene una asignación máxima de \$875, que podrá utilizar entre las 12:00 a. m. del 1 de enero de 2025 y las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de 2025. Tenga en cuenta que, si no utiliza todo el dinero de su tarjeta en ese plazo, caducará y no pasará al año siguiente.</p>
Atención de emergencia	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$70 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$125 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p>
Programas educativos sobre salud y bienestar	<p>Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para las clases de salud y bienestar.</p>	<p>Dentro de la red Las clases de salud y bienestar no están cubiertas.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$70 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$70 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$125 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$125 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para los días 1-20 de un período de beneficios para atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$160 por día para los días 21-100 de un período de beneficios por atención en un SNF cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para los días 1-20 de un período de beneficios para atención en un SNF cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$214 por día para los días 21-100 de un período de beneficios por atención en un SNF cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención de emergencia/urgencia en todo el mundo</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$70 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$250 por transporte de emergencia en todo el mundo.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$125 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$275 por transporte de emergencia en todo el mundo.</p>

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

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de Medicamentos. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de Medicamentos de forma electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos, o su 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 saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de costos compartidos 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 al menos una vez al mes para ofrecer la Lista de Medicamentos más vigente. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso al respecto.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principios de año o durante este, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su doctor para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicio al cliente para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica del medicamento que esté en el mismo nivel de costo compartido o uno inferior y que tenga las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Además, al agregar un nuevo genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o agregarle nuevas restricciones o hacer ambas cosas.

A partir de 2025, podemos reemplazar de inmediato los productos biológicos originales con determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que se reemplaza por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo realicemos ni que obtenga el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original al momento en que realicemos el cambio, obtendrá igualmente la información sobre el cambio específico que hicimos, pero podría llegarle después de que lo realicemos.

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 su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también

proporciona información sobre los medicamentos para los consumidores. Visite el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicio al cliente o solicitarle más información a su proveedor de atención médica, persona autorizada a dar recetas o 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 puede no aplicarse en su caso.** Hemos incluido 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 denominada *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 recibió el inserto con este paquete, llame a Servicio al cliente y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

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.

También se reemplazará el Programa de descuentos para el período sin cobertura con el Programa de descuentos de fabricantes. En el marco del Programa de descuentos de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los productos biológicos y medicamentos de marca 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 de fabricantes 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>Su costo por un suministro de un mes es:</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes es:</p>
<p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de Medicamentos”. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la “Lista de Medicamentos”.</p>	<p>Nivel 1 (Genérico preferido): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$16 por receta.</p>	<p>Nivel 1 (Genérico preferido): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$16 por receta.</p>
<p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p>
	<p>Nivel 2 (Genérico): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10 por receta.</p>	<p>Nivel 2 (Genérico): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10 por receta.</p>
	<p>Su costo por receta por un suministro de un mes mediante pedido por correo es de \$10.</p>	<p>Su costo por receta por un suministro de un mes mediante pedido por correo es de \$0.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Nivel 3 (Marca preferida): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$37 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$37 por receta.</p> <p>Su costo por receta por un suministro de un mes mediante pedido por correo es de \$37.</p>	<p>Nivel 3 (Marca preferida): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$40 por receta.</p> <p>Su costo por receta por un suministro de un mes mediante pedido por correo es de \$40.</p>
	<p>Nivel 4 (Medicamento no preferido): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$100 por receta.</p>	<p>Nivel 4 (Medicamento no preferido): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$100 por receta.</p>
	<p>Nivel 5 (De especialidad): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p>	<p>Nivel 5 (De especialidad): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p>
	<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>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la 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 los productos biológicos y medicamentos de marca 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 de fabricantes no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Los cambios administrativos pueden ser estrictamente informativos, con poca o ninguna repercusión en sus beneficios, o pueden modificar el modo en que accede a su atención y los servicios y medicamentos con receta que están a su disposición. La siguiente tabla enumera los cambios administrativos que introducimos para el próximo año.

TTY de Servicio al cliente (no miembros)	1-800-457-6064 (TTY: 711)	1-800-457-6064 (TTY: 711 /1-800-855-7100)
TTY de Servicio al cliente para posibles beneficiarios de Medicare	(800) 735-2900	711
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	No corresponde	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos dividiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (desde enero hasta diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 855-742-2779 o visite Medicare.gov.

Insulina de la Parte D	Suministro de hasta 100 días por \$35 en pedidos por correo o farmacias minoristas preferidas.	Suministro de hasta 30 días por \$35, suministro de 60 días por \$70 y suministro de 100 días por \$95 en pedidos por correo o \$105 en farmacias minoristas.
Copago para pedidos por correo de medicamentos genéricos de Nivel 2 de la Parte D	Suministro de hasta 100 días por \$10.	Suministro de hasta 100 días por \$0.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

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, automáticamente seguirá inscrito como miembro de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a 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, utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) (www.medicare.gov/plan-compare), consulte 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).

Como recordatorio, Providence Health Assurance ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y las cantidades 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 Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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 otro momento del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan de 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 un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasar a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en el que salga de esta.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Washington, el SHIP se llama Asesores de Beneficios de Seguro Médico del Estado (Statewide Health Insurance Benefits Advisors, SHIBA).

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 SHIBA 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 al SHIBA al 1-800-562-6900 (TTY 360-586-0241). Para obtener más información sobre el SHIBA visite su sitio web (www.insurance.wa.gov/shiba).

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 distintos 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 un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - 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. Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de

Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de intervención temprana (Early Intervention Program, EIP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o si ya está inscrito, cómo seguir recibiendo asistencia, llame al Programa de intervención temprana (EIP) al 1-877-376-9316. Al momento de llamar, asegúrese de informar el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de su póliza.

- **Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que lo ayuda a administrar los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos dividiéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (desde enero hasta diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y ADAP, para las personas que reúnan los requisitos, otorga más ventajas que participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos ofrecen esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 855-742-2779 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2025* para Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC. También puede llamar a Servicio al cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) 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). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

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

Consulte el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-603-2340 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-603-2340 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-603-2340 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-603-2340 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-603-2340 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。