

Provider Partners Illinois Advantage Plan (HMO I-SNP) **ofrecido por *Provider Partners Health Plans***

Aviso anual de cambios para el año 2025

Actualmente, está inscrito como miembro de *Provider Partners Illinois Advantage Plan*. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 4 para ver un Resumen de costos importantes, incluida la prima.***

Este documento informa los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.pphhealthplan.com. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* que se envía por separado para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Si desea hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año, puede hacerlos desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGÚNTESE: Qué cambios le afectan a usted

- Revise los cambios a los beneficios y los costos del plan para saber si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos del cuidado médico (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluyendo las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - 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 de los planes de 2024 y 2025 para saber si alguno de estos medicamentos pasa a un nivel diferente de costos compartidos o si tendrá restricciones diferentes, como la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad, para 2025.
- Compruebe que sus médicos de cuidado primario, especialistas, hospitales y demás proveedores de servicios médicos, incluidas las farmacias, continúen en nuestra red el próximo año.
- Compruebe si califica para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener el programa “Ayuda adicional” de Medicare.
- Pregúntese si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise qué coberturas y qué costos de planes existen en el área donde usted reside. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y Usted 2025*. Si necesita más ayuda, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que se decida por un plan, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Usted decide si se cambia de plan

- Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2024, usted permanecerá en *Provider Partners Illinois Advantage Plan*.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en *español*.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al *1-800-405-9681* para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al *711*). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- *Es posible que este material esté disponible en un formato alternativo, como braille o en letra grande.*
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud que Califica (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del 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 *Provider Partners Illinois Advantage Plan*

- *Provider Partners Illinois Advantage Plan es un plan para personas con necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Provider Partners Medicare Advantage Plan depende de la renovación del contrato.*
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “para nosotros” o “nuestro o nuestra” en este documento, se refieren a *Provider Partners Health Plans*. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a *Provider Partners Illinois Advantage Plan*.

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	4
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, quedará automáticamente inscrito en <i>Provider Partners Illinois Advantage Plan</i> para 2025.....	7
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 2.1.: Cambios a la prima mensual	7
Sección 2.2.: Cambios a su cantidad máxima de gasto de su bolsillo	7
Sección 2.3.: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 2.4.: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 2.5.: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	11
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	15
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	17
Sección 4.1 Si quiere quedarse en <i>Provider Partners Illinois Advantage Plan</i>	17
Sección 4.2.: Si decide cambiar de plan	17
SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan	18
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	18
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta	19
SECCIÓN 8 ¿Preguntas?	20
Sección 8.1 Cómo obtener ayuda de <i>Provider Partners Illinois Advantage Plan</i>	20
Sección 8.2.: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	21

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara en varias áreas importantes los costos del año 2024 con los del año 2025 de *Provider Partners Illinois Advantage Plan*. **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>* Es posible que el costo de la prima sea mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 2.1 para obtener más información.</p>	\$32.80	\$22.80
<p>Deducible</p>	<p>\$240, excepto para la insulina que se administre mediante un artículo de equipo médico duradero.</p>	<p>\$240, excepto para la insulina que se administre mediante un artículo de equipo médico duradero.</p> <p>Estos son los importes de costo compartido correspondientes a 2024; pueden cambiar en 2025. <i>Provider Partners Illinois Advantage Plan</i> le informará las tarifas actualizadas en www.pphealthplan.com cuando Medicare las revele.</p>
<p>Máximo de gastos de su bolsillo</p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más información).</p>	\$8,850	\$9,350

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Visitas al consultorio médico</p>	<p>Visitas de cuidado primario: <i>20% del costo total</i> por visita</p> <p>Visitas con un especialista: <i>20% del costo total</i> por visita</p>	<p>Visitas de cuidado primario: <i>20% del costo total</i> por visita</p> <p>Visitas con un especialista: <i>20% del costo total</i> por visita</p>
<p>Estadías en el hospital como paciente hospitalizado</p>	<p>Deducible de \$1,632 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Copago de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: \$408 de copago por día por cada período de beneficios.</p> <p>Días 91 a 150: Copago de \$816 por cada “día de reserva una vez en la vida” después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días en toda su vida).</p> <p>Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos.</p>	<p>Deducible de \$1,632 por cada período de beneficios.</p> <p>Día 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: \$408 de copago por día por cada período de beneficios.</p> <p>Días 91 a 150: Copago de \$816 por cada “día de reserva una vez en la vida” después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días en toda su vida).</p> <p>Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos.</p> <p>Estos son los importes de costo compartido correspondientes a 2024; pueden cambiar en 2025. <i>Provider Partners Illinois Advantage Plan</i> le informará las tarifas actualizadas en www.pphhealthplan.com</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		cuando Medicare las revele.
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$545, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p><i>Coseguro</i> durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: <i>25% del costo total.</i> <p>Paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Cobertura de Gastos Médicos Mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. 	<p>Deducible: \$590, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p><i>Coseguro</i> durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: <i>25% del costo total.</i> <p>Paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Cobertura de Gastos Médicos Mayores:</p> <p>Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, quedará automáticamente inscrito en *Provider Partners Illinois Advantage Plan* para 2025

Si no ha hecho nada hasta el 7 de diciembre de 2024, lo inscribiremos automáticamente en *Provider Partners Illinois Advantage Plan*. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2025, obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de *Provider Partners Illinois Advantage Plan*. Si desea cambiar de plan o cambiar a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, quizás pueda cambiarse de plan en otro momento.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1.: Cambios a la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$32.80	\$22.80

- La prima mensual del plan será *mayor* si usted debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía a la Parte D. La multa se aplica por no haber contado (por 63 días o más) con una cobertura de medicamentos que pague, como mínimo, tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare (a esta cobertura se le llama cobertura acreditable).
- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- La prima mensual del plan será *menor* si recibe el programa “Ayuda adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 con respecto al programa de “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 2.2.: Cambios a su cantidad máxima de gasto de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud impongan un límite a la cantidad que usted paga de gastos de su bolsillo para el año. Este límite se llama máximo de gastos de su bolsillo. Una vez que usted alcanza este máximo, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Máximo de gastos de su bolsillo	\$8,850	\$9,350
Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos y deducibles) se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo.		Una vez que haya pagado \$9,350 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 2.3.: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta depende de la farmacia en que los surte. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *únicamente* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Encuentre directorios actualizados en nuestro sitio web www.pphealthplan.com. También puede llamar a Servicios al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio y se lo enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de proveedores de 2025* en www.pphealthplan.com para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. **Consulte el *Directorio de farmacias de 2025* en www.pphealthplan.com para conocer las farmacias que integran nuestra red.**

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

Sección 2.4.: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Los costos y beneficios de ciertos servicios médicos están siendo modificados para el próximo año. La información que aparece más abajo describe esos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<i>Beneficios Adicionales de Telesalud</i>	<i>No se requiere autorización previa.</i>	<i>Es posible que necesite autorización previa.</i>
<i>Examen Físico Anual</i>	<i>Este beneficio no estaba cubierto como beneficio complementario de la Parte C.</i>	<i>Este beneficio se proporciona como beneficio complementario de la Parte C. Usted paga el 20% del costo total.</i>
<i>Servicios de un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)</i>	<i>No se requiere autorización previa.</i>	<i>Es posible que necesite autorización previa.</i>
<i>Beneficio Complementario de Equipo Médico Duradero (DME) - Sillas de Ruedas</i>	<i>Usted paga \$0 por una asignación de \$1,000 para sillas de rueda cubiertas una vez cada 5 años.</i>	<i>Este beneficio ya no está cubierto.</i>
<i>Anteojos</i>	<i>Usted paga \$0 por una asignación máxima del plan de \$150 para anteojos de rutina cada año.</i>	<i>Usted paga \$0 por una asignación máxima del plan de \$300 para anteojos de rutina cada año.</i>
<i>Aparatos Auditivos</i>	<i>Usted paga \$0 por una asignación máxima del plan de \$1,000 cada 2 años para aparatos auditivos.</i>	<i>Usted paga \$0 por una asignación máxima del plan de \$2,000 cada 2 años para aparatos auditivos.</i>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<i>Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare y Medicamentos para Infusión Domiciliaria</i>	<i>Para gastos facturados por más de \$1,500, se requiere autorización previa.</i>	<i>Es posible que necesite autorización previa.</i>
<i>Categorías de Servicios No Cubiertos por Medicare Que Están Sujetos A un Máximo de Gastos de Su Bolsillo</i>	<i>El examen físico anual no cuenta para el máximo de su bolsillo.</i>	<i>El examen físico anual contará para el máximo de su bolsillo.</i>
<i>Otros Servicios Preventivos Cubiertos por Medicare</i>	<i>Usted paga el 20% del costo total de la capacitación para el control de la diabetes cubierta por Medicare.</i>	<i>Usted paga el 0% de la capacitación para el control de la diabetes cubierta por Medicare.</i>
<i>Servicios de Terapia Ocupacional</i>	<i>Se requiere autorización previa.</i>	<i>Es posible que necesite autorización previa. <u>No</u> se requiere autorización previa si los servicios se prestan en las instalaciones de un asilo de convalecencia contratado.</i>
<i>Servicios de Otro Profesional de Cuidado de la Salud</i>	<i>No se requiere autorización previa.</i>	<i>Es posible que necesite autorización previa.</i>
<i>Diagnóstico de Pacientes Ambulatorios y Servicios Radiológicos Terapéuticos</i>	<i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de radiología terapéuticos.</i>	<i>Es posible que se requiera autorización previa para todos los servicios de radiología terapéuticos.</i>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<i>Procedimientos y Pruebas de Diagnóstico y Servicios de Laboratorio para Pacientes Ambulatorios</i>	<i>No se requiere autorización previa.</i>	<i>Es posible que se requiera autorización previa para los procedimientos y pruebas de diagnóstico ambulatorios. No se requiere autorización previa para los servicios de laboratorio.</i>
<i>Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios</i>	<i>No se requiere autorización previa.</i>	<i>Es posible que necesite autorización previa.</i>
<i>Servicios de Médicos Especialistas</i>	<i>No se requiere autorización previa.</i>	<i>Es posible que necesite autorización previa.</i>
<i>Servicios de Transporte</i>	<i>Usted paga \$0 por 28 viajes de ida.</i>	<i>Usted paga \$0 por 54 viajes de ida.</i>
<i>Servicios Requeridos de Urgencia</i>	<i>Usted paga el 20% del costo total (hasta un máximo de \$55) por consulta.</i>	<i>Usted paga el 20% del costo total (hasta un máximo de \$45) por consulta.</i>

Sección 2.5.: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir la eliminación o inclusión de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o su reubicación en un nivel diferente de costos compartidos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para saber si tendrán alguna restricción, o si su medicamento se reubicó en un nivel diferente de costos compartidos.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios que permitan las normas de Medicare y que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en Internet al menos una vez al mes para proporcionar la última lista de medicamentos. Si hacemos un cambio que afectará a 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 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, por ejemplo, solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Si desea obtener más información, también puede comunicarse con Servicio al Cliente.

Actualmente, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión de medicamento genérico con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca al que reemplaza. Además, cuando agreguemos un medicamento genérico nuevo, quizás decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente agregaremos nuevas restricciones.

A partir de 2025, podremos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales por determinados biosimilares. Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un producto biológico original que se va a reemplazar por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes o que no consiga 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 hagamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hemos hecho, pero puede que le llegue después de que hagamos el cambio.

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean 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 (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios al Cliente o solicitar más información a su proveedor de atención médica, profesional que receta o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está inscrito en el programa “Ayuda adicional” que le brinda asistencia para pagar sus medicamentos, es posible que **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un documento aparte, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para quienes reciben el programa “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos* (también se le llama *Cláusula adicional del subsidio para personas de bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si recibe el programa “Ayuda adicional” y no ha recibido este documento aparte a más tardar el *30 de septiembre de 2024*, llame a Servicio al Cliente y solicite la Cláusula adicional LIS (“LIS Rider”).

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. La Etapa Sin Cobertura y el programa de descuentos para la Etapa sin cobertura ya no se aplicarán en los beneficios de la Parte D.

El programa de descuentos para la Etapa sin cobertura también será reemplazado por el programa de descuentos para fabricantes. Con el programa de descuentos para 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 de Gastos Médicos Mayores. Los descuentos que pagan los fabricantes en el programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>En esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluso las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajeros.</p>	<p>El deducible es de \$545.</p>	<p>El deducible es de \$590.</p>

Cambios al costo compartido durante la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague su deducible anual, usted pasará a la etapa de Cobertura inicial. 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 indicados en este cuadro corresponden al suministro de un mes (30 días) si surte su receta en una farmacia de la red que proporciona 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 la <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin ningún costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1:</p> <p>Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$5,030, usted pasará a la etapa siguiente (Etapa sin cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1:</p> <p>Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Cuando haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores).</p>

Cambios a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores

La Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Los descuentos que pagan los fabricantes en el programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura.*

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de Pago de Recetas de Medicare	No corresponde	<p>El plan de pago de recetas 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 durante el año (enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros llamando al <i>1-800-405-9681 (TTY 711)</i> o visite Medicare.gov.</p>
Actualización del Administrador de Beneficios de Farmacia	Para el año 2024, el Administrador de beneficios de farmacia (PBM) de la Parte D se conocía bajo el nombre de Elixir. Este nombre se mencionó en sus correos postales sobre recetas y en los documentos que se encuentran en el sitio web.	Para el año 2025, el Administrador de beneficios de farmacia cambió su nombre a MedImpact.

Actualización de la Dirección de Correo de la Parte D

Las decisiones de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D deben enviarse por correo a:
Elixir C/O Provider Partners Health Plans
7835 Freedom Avenue NW
North Canton, OH 44720

Las decisiones de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D deben enviarse por correo a:
MedImpact C/O Provider Partners Health Plans
10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131

Las apelaciones de la Parte D deben enviarse por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans
7835 Freedom Avenue NW
North Canton, OH 44720
Attn: Appeals Department

Las apelaciones de la Parte D deben enviarse por correo a: MedImpact C/O Provider Partners Health Plans
10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131

Las quejas/reclamaciones de la Parte D deben enviarse por correo a:
Elixir C/O Provider Partners Health Plans
7835 Freedom Avenue NW
North Canton, OH 44720
Attn: Grievance Department
Fax: 1-877-503-7231

Las quejas/reclamaciones de la Parte D deben enviarse por correo a:
MedImpact C/O Provider Partners Health Plans
10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131
Attn: Grievance Department
Fax: 1-877-503-7231

Las solicitudes de pago de farmacia deben enviarse por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans
7835 Freedom Avenue NW
North Canton, OH 44720

Las solicitudes de pago de farmacia deben enviarse por correo a: MedImpact C/O Provider Partners Health Plans
10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131

Los reclamos deben enviarse por correo a:
Elixir C/O Provider Partners Health Plans
7835 Freedom Avenue NW
North Canton, OH 44720

Los reclamos deben enviarse por correo a:
MedImpact C/O Provider Partners Health Plans
10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Los reembolsos directos a los miembros deben enviarse por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720 Attention: DMR Department</p>	<p>Los reembolsos directos a los miembros deben enviarse por correo a: MedImpact C/O Provider Partners Health Plans 10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131 Attention: DMR Department</p>

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 Si quiere quedarse en *Provider Partners Illinois Advantage Plan*

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en otro plan o no se cambia a Original Medicare a más tardar el 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en nuestro plan *Provider Partners Illinois Advantage Plan*.

Sección 4.2.: Si decide cambiar de plan

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

Paso 1: Sepa con qué opciones cuenta y compárelas

- Usted puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare,
- *O BIEN* usted puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Si desea más información sobre Original Medicare y los distintos planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción en el plan *Provider Partners Illinois Advantage Plan*.

- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en ese plan de medicamentos nuevo. Se cancelará su inscripción en el plan *Provider Partners Illinois Advantage Plan*.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe optar por:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con Servicio al Cliente.
 - *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 su baja del plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan

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

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, se permite hacer cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen las personas que tienen Medicaid, a las personas que reciben el programa Ayuda adicional para pagar sus medicamentos, a las que tienen cobertura de parte de su empleador o que dejarán de tenerla y, también, a las personas que se trasladan fuera del área de servicio del plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2025, y no le agrada el plan que seleccionó, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2025.

Si se ha mudado recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado 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 se ha mudado recientemente de una institución, puede cambiar de plan o pasarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes en que se mude.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno que cuenta con asesores capacitados

en todos los estados. En *Illinois*, el SHIP se llama Programa de Seguro de Salud del Estado de Illinois (*Illinois State Health Insurance Program*).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a los beneficiarios de Medicare. Los consejeros del *Programa de Seguro de Salud del Estado de Illinois* pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al *Programa de Seguro de Salud del Estado de Illinois* al 800-252-8966. Puede obtener más información sobre el *Programa de Seguro de Salud del Estado de Illinois* en el sitio web <https://ilaging.illinois.gov/ship.html>.

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación se listan las distintas clases de ayuda:

- **Programa “Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda adicional con el fin de pagar sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta 75% o más de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de sus medicamentos con receta. Además, las personas que califiquen no tendrán una penalización por inscripción tardía. Para saber 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 hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia para los costos compartidos de los medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/SIDA que son elegibles para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvarles la vida. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos requisitos, incluyendo demostrar residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado, y la condición de no asegurado/seguro limitado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta mediante el *Programa de Medicamentos contra el VIH de Illinois*. 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 1-800-825-3518. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o del número de póliza.

- **Plan de pago de recetas de Medicare.** El Plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarlo a administrar los gastos de su bolsillo en medicamentos, 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 durante el año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir el costo de sus medicamentos.**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que califiquen, tiene más ventajas 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 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, comuníquese con nosotros llamando al *1-800-405-9681 (TTY 711)* o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

Sección 8.1 **Cómo obtener ayuda de *Provider Partners Illinois Advantage Plan***

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicio al Cliente al *1-800-405-9681*. (Los usuarios de TTY, exclusivamente, deben llamar al *711*). Estamos a su disposición para recibir llamadas. *El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.* Las llamadas a estos números son gratis.

Le recomendamos leer su *Evidencia de cobertura 2025* (contiene información detallada de los costos y beneficios para el próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* contiene un resumen de los cambios a los beneficios y costos para el año 2025. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura 2025* de *Provider Partners Illinois Advantage Plan*. La *Evidencia de cobertura* es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Podrá acceder a una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web: www.pphealthplan.com. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* que se envía por separado para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar el sitio web en: www.pphealthplan.com. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más reciente de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario o Lista de medicamentos*).

Sección 8.2.: 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 ([es.medicare.gov](https://www.medicare.gov)). En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad con estrellas para que pueda comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2025*

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