



**Select
Health**

Select Health Medicare | 2024

Aviso anual de cambio

Select Health Medicare
Essential (HMO) 001

Esta página dejada en blanco intencionadamente

Select Health Medicare Essential (HMO) ofrecido por Select Health

Aviso anual de cambios para 2025

En la actualidad, usted está inscrito como miembro de Select Health Medicare Essential (HMO). Para el próximo año, se producirán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 6 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

En este documento se informa sobre los cambios a su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en selecthealth.org/medicare. Además, puede llamar a Servicios para miembros para solicitar que le envíen por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Usted puede efectuar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año únicamente entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.**

¿Qué hacer ahora?

1. PREGUNTE: Qué cambios aplican a usted

- Verifique los cambios producidos en nuestros beneficios y costos para ver si estos lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (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 tengan cobertura.
 - Compare la información de los planes de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasa a un nivel de costos compartidos diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, seguirán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si usted califica para obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados. Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Considere si usted está o no satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Buscador de planes en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2025*. Si necesita ayuda adicional, póngase en contacto con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que reduzca su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiarse de plan o no.

- Si usted no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Select Health Medicare Essential (HMO).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede cambiarse de planes entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en Select Health Medicare Essential (HMO).
- Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente ahí (como un centro especializado de enfermería o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se ha mudado recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes en que se mude.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en español.
- Llame a nuestros Servicios para miembros al **1-855-442-9900** (número gratuito) para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) Los horarios son:
 - **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
 - **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos. Esta llamada es gratuita.
- Fuera de este horario, deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos (p. ej., letra de imprenta grande). Llame a Servicios para Miembros al número que se muestra arriba.
- **La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada** (QHC, por sus siglas en inglés) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Atención de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Select Health Medicare Essential (HMO)

- Select Health es patrocinador de los planes HMO, PPO y SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Select Health Medicare depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento decimos “nosotros”, “nos” o “nuestro”, nos referimos a Select Health. Cuando aparecen las palabras “plan” o “nuestro plan”, significa Select Health Medicare Essential (HMO).

Y0165_ANOC_H1994_001_3315583_M Archivar y usar

©2024 Select Health. Todos los derechos reservados. 3315583 08/24

Servicios de interpretación en varios idiomas

Formulario CMS-10802 (Vence 12/31/2025)

1-855-442-9900 (TTY:711)

Aprobación OMB 0938-1421

Select Health respeta las leyes federales de derechos civiles. No le tratamos de forma diferente por su raza, color, origen étnico o procedencia, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, y/o condición de veterano. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos si lo solicita a Select Health Medicare al **855-442-9900 (TTY: 711)**

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 **1-855-442-9900**. Someone who speaks English 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 **1-855-442-9900**. 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 **1-855-442-9900**。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 **1-855-442-9900**。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 pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng

tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-442-9900**. 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 **1-855-442-9900**. 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 **1-855-442-9900** 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 **1-855-442-9900**. 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 **1-855-442-9900** 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 **1-855-442-9900**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-855-442-9900**. سيفوم 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 **1-855-442-9900** 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 **1-855-442-9900**. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: 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 **1-855-442-9900**. 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 **1-855-442-9900**. 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 **1-855-442-9900**. 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に、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、**1-855-442-9900** 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。

Aviso anual de cambios para 2025
Contenido

Resumen de costos importantes para 2025	6
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, usted será inscrito automáticamente en Select Health Medicare Essential (HMO) en 2025.....	9
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	9
Sección 2.1: Cambios en las primas mensuales.....	9
Sección 2.2: Cambios en sus gastos máximos de bolsillo	10
Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	10
Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos.....	12
Sección 2.5: Cambios a la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	15
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	20
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir.....	21
Sección 4.1 – Si usted desea seguir en <i>Select Health Medicare Essential (HMO)</i>	21
Sección 4.2: Si desea cambiar de plan	21
SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan	22
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen orientación gratuita acerca de Medicare.....	23
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....	24
SECCIÓN 8 ¿Preguntas?	25
Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de <i>Select Health Medicare Essential (HMO)</i>	25
Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	26

Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla se comparan los costos del 2024 y los costos del 2025 de *Select Health Medicare Essential (HMO)* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es únicamente un resumen de costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Vea la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0
Gastos máximos de bolsillo Esto es el monto <u>máximo</u> que pagará de gastos de bolsillo por sus servicios cubiertos. (Vea la Sección 2.2 para obtener detalles).	\$5,700	\$4,900
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: usted paga \$0 por visita. Visitas a especialistas: usted paga \$15 por visita.	Visitas de atención primaria: usted paga \$0 por visita. Visitas a especialistas: usted paga \$15 por visita.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios de hospitalización</p>	<p>Usted paga un copago de \$410 por día por los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día por los días 6 a 90.</p> <p>Días adicionales: usted paga \$0 por cada día adicional.</p>	<p>Usted paga un copago de \$410 por día por los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los días 6 a 90.</p> <p>Días adicionales: usted paga \$0 por cada día adicional.</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la parte D</p> <p>(Vea la Sección 2.5 para obtener detalles).</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surte su receta en una farmacia de la red.</p>	<p>Deducible: 100 \$, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copagos durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: usted paga \$0 por cada receta. • Nivel 2 de medicamentos: usted paga \$6 por cada receta. • Nivel 3 de medicamentos: usted paga \$47 por cada receta después del deducible. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de 	<p>Deducible: 200 \$, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copagos durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: usted paga \$0 por cada receta. • Nivel 2 de medicamentos: usted paga \$10 por cada receta. • Nivel 3 de medicamentos: usted paga 17% por cada receta después del deducible. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 4 de medicamentos: usted paga \$100 por cada receta después del deducible. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 5 de medicamentos: usted paga \$31 por cada receta después del deducible. <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. 	<p>insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 4 de medicamentos: usted paga el 22% Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 5 de medicamentos: usted paga el 30 % por cada receta después del deducible. <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, usted será inscrito automáticamente en Select Health Medicare Essential (HMO) en 2025

Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2024, lo inscribiremos automáticamente en nuestro *Select Health Medicare Essential (HMO)*. Esto significa que a partir del 1 de enero de 2025, usted obtendrá su cobertura médica y de medicamentos con receta a través de *Select Health Medicare Essential (HMO)*. Si desea cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para obtener “Ayuda adicional”, puede cambiarse de plan en otro momento.

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

Sección 2.1: Cambios en las primas mensuales

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

- Su prima mensual del plan será *mayor* si usted debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por estar sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada cobertura acreditable) por 63 días o más.
- Si usted tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Sección 2.2: Cambios en sus gastos máximos de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se llama gastos máximos de bolsillo. Una vez que llegue a este monto, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Gastos máximos de bolsillo	\$5,700	\$4,900
Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para sus gastos máximos de bolsillo. La prima de su plan y sus costos de medicamentos recetados no cuentan para los gastos de bolsillo máximos.		Una vez que haya pagado \$4,900 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos, usted ya no tendrá que pagar por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.

Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos recetados puede depender de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *solamente* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

También puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web selecthealth.org/medicare. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o farmacias o para pedirnos que le enviemos un directorio, el cual le enviaremos por correo dentro de los tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores* para el 2025** selecthealth.org/medicare **para verificar si sus proveedores (proveedor de atención médica primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Para el próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el *Directorio de farmacias* para el 2025** selecthealth.org/medicare **para verificar qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un

cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

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

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de un centro de cirugía ambulatoria	Usted paga un copago de \$250 por los servicios del centro de cirugía ambulatoria.	Usted paga un copago de \$200 por los servicios del centro de cirugía ambulatoria.
Servicios de acompañamiento	Usted paga un copago de \$0 por 30 horas de servicio de acompañamiento con un Papa Pal.	Los servicios de acompañamiento <u>no</u> están cubiertos.
Servicios dentales	Servicios complejos: Usted paga \$0 por los servicios dentales complejos, como coronas, dentaduras postizas e implantes. Monto de pago máximo anual del plan \$1,500	Servicios complejos: Usted paga \$0 por los servicios dentales complejos, como coronas y dentaduras. Los implantes ya no están cubiertos. Monto de pago máximo anual del plan \$1,500
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$100 por la atención de emergencia cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$125 por la atención de emergencia cubierta por Medicare.
Programa LiVe Well de Intermountain	Usted paga un copago de \$0 por los servicios del Programa Intermountain LiVe Well.	El Programa LiVe Well de Intermountain <u>no</u> está cubierto.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios dentales Medicare	Usted paga un copago de \$20 por servicios dentales cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$15 por servicios dentales cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos	Usted paga un copago de \$15 por los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare, por visita.	Usted paga un copago de \$20 por los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare, por visita.
Servicios radiológicos de diagnóstico	Usted paga un copago de \$200 por servicios radiológicos de diagnóstico, medicina nuclear y pruebas de esfuerzo nuclear.	Usted paga un copago de \$250 por servicios radiológicos de diagnóstico, medicina nuclear y pruebas de esfuerzo nuclear.
Exámenes oculares	Usted paga un copago de \$20 por los exámenes oculares cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$15 por los exámenes oculares cubiertos por Medicare.
Servicios de podiatría	Usted paga un copago de \$25 por servicios de podiatría cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$15 por servicios de podiatría cubiertos por Medicare.
Servicios necesarios con urgencia	Usted paga un copago de \$35 por servicios necesarios con urgencia cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$40 por servicios necesarios con urgencia cubiertos por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$25 por terapia individual cubierta por Medicare en el consultorio de un especialista o en un	Usted paga un copago de \$15 por terapia individual cubierta por Medicare en el consultorio de un especialista o en un entorno

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por terapia grupal cubierta por Medicare en el consultorio de un especialista o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>	<p>hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por terapia grupal cubierta por Medicare en el consultorio de un especialista o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Medicamentos y suministros sin receta (OTC)</p>	<p>Hay una asignación de \$95 cada trimestre en su Mastercard® de beneficios flexibles de Select Health Medicare.</p>	<p>Cuenta con una asignación anual de \$420 en su Mastercard® de beneficios flexibles de Select Health Medicare para medicamentos y suministros OTC, combinados con servicios de Bienestar a su manera (Wellness Your Way).</p>
<p>Atención de rutina de los pies</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por atención de rutina de los pies hasta 6 visitas.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por atención de rutina de los pies hasta 6 visitas.</p>
<p>Centro especializado de enfermería (SNF): estadía cubierta por Medicare</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día por los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$203 por día por los días 21 a 55.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día por los días 56 a 100.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día por los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$214 por día por los días 21 a 55.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día por los días 56 a 100.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Bienestar a su manera	Usted cuenta con una asignación de \$360 cada año en una tarjeta Mastercard® de beneficios flexibles de Select Health Medicare que se utilizará para los servicios de Bienestar a su manera (tales como: membresía de gimnasio/club de salud, educación para la salud, beneficios nutricionales, programas de control de peso y horas adicionales de servicio de apoyo a domicilio con Papa).	Usted cuenta con una asignación de \$420 cada año en su tarjeta Mastercard® de beneficios flexibles de Select Health Medicare para los servicios de Bienestar a su manera (tales como: membresía de gimnasio/club de salud, educación para la salud, beneficios nutricionales y programas de control de peso), combinados con medicamentos y suministros OTC.
Cobertura de emergencia en todo el mundo	Usted paga un copago de \$100 por la cobertura de emergencia en todo el mundo.	Usted paga un copago de \$125 por la cobertura de emergencia en todo el mundo.
Cobertura de urgencias en todo el mundo	Usted paga un copago de \$35 por la cobertura de urgencia en todo el mundo.	Usted paga un copago de \$40 por la cobertura de urgencia en todo el mundo.

Sección 2.5: Cambios a la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Lista de medicamentos recetados disponibles o Lista de medicamentos. Le proporcionamos una copia electrónica de la Lista de medicamentos. **Usted puede obtener la Lista de medicamentos *completa*** llamando a Servicios

para miembros (vea la contraportada) o visitando nuestro sitio web (selecthealth.org/medicare).

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costos compartidos diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año que viene y para ver si va a haber alguna restricción o si se ha movido su medicamento a un nivel de costos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el principio del año. Sin embargo, durante el año del plan, es posible que hagamos otros cambios que sean permitidos por las reglas de Medicare y que lo afectarán. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afecte a su acceso a un medicamento que esté 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, tales como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para miembros para obtener más información.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que va a ser sustituido por un biosimilar, es posible que no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no consiga el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si usted está tomando el producto biológico original en el momento en que efectuamos el cambio, aun recibirá información sobre el cambio específico hecho, pero puede que le llegue después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Por definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) también brinda información sobre medicamentos a los consumidores. Vea el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede ponerse en contacto con el Servicio para Miembros o solicitar más información a su proveedor de atención médica, recetador o farmacéutico.

Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca o un producto biológico que va a ser sustituido por un genérico o un biosimilar, es posible que no reciba el

aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no consiga el suministro para un mes de su medicamento de marca o producto biológico en una farmacia de la red. Si usted está tomando el medicamento de marca o el producto biológico en el momento en que efectuamos el cambio, aun recibirá información sobre el cambio específico hecho, pero puede que le llegue después de que hagamos el cambio.

Cambios en los beneficios y costos de medicamentos con receta

Nota: si usted está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted.** Le hemos enviado un documento aparte llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar por los medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”), que habla de los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este documento antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

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

El Programa de Descuentos del Intervalo de Cobertura también será sustituido por el Programa de Descuentos para Fabricantes. En el marco del Programa de Descuento del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del coste total del plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en el marco del Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	El deducible es \$100.	El deducible es \$200.
Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de los niveles de medicamentos de marca preferidos, no preferidos o de especialidad hasta que haya alcanzado el deducible anual. El	Durante esta etapa, usted paga \$0 o \$6 de costos compartidos por los medicamentos en los niveles de medicamentos genéricos o genéricos preferidos, \$35 de costos	Durante esta etapa, usted paga \$0 o \$10 de costos compartidos por los medicamentos en los niveles genéricos o genéricos preferidos, \$35 de costos compartidos para

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes.	compartidos para insulinas en el nivel de medicamentos de marca preferidos y los niveles de marca no preferidos, y el costo total de otros medicamentos en los niveles de medicamentos de marca preferidos, medicamentos de marca no preferidos o medicamentos de especialidad hasta que haya alcanzado el deducible anual.	insulinas en el nivel de medicamentos de marca preferidos y no preferidos, y el costo total de otros medicamentos en los niveles de medicamentos de marca preferidos, medicamentos no preferidos o medicamentos de especialidad hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

En el caso de los medicamentos de marca preferidos y no preferidos, su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial cambia de copago a coseguro. Consulte en el siguiente cuadro los cambios de 2024 a 2025.

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual, usted pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por cada receta.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por cada receta.</p> <p>Nivel 2 – Medicamentos genéricos:</p>

<p>diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Nivel 2 – Medicamentos genéricos:</p>	<p>Usted paga \$10 por cada receta.</p>
<p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Usted paga \$6 por cada receta.</p>	<p>Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos:</p>
	<p>Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos:</p>	<p>Usted paga el 17% del costo total.</p>
	<p>Usted paga \$47 por cada receta.</p>	<p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>El costo de una receta por correo para un mes es del 17% del costo de la receta.</p>
	<p>El costo de una receta por correo para un mes es de 47 dólares.</p>	<p>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos:</p>
	<p>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos:</p>	<p>Usted paga el 22% del costo total.</p>
	<p>Usted paga \$100 por cada receta.</p>	<p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>El costo de una receta por correo para un mes es del 22% del costo de la receta.</p>
	<p>El costo de una receta por correo para un mes es de \$100.</p>	<p>Nivel 5 – Medicamentos de especialidad:</p>
	<p>Nivel 5 – Medicamentos de especialidad:</p>	<p>Usted paga 30% del costo total por cada receta.</p>
	<p>Usted paga el 31% del costo total por cada receta.</p>	<p>Una vez que sus costos totales de los medicamentos hayan llegado a \$2,000, pasará a</p>
	<p>Una vez que sus costos</p>	

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	totales de los medicamentos hayan llegado a \$5030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de intervalo en la cobertura).	la siguiente etapa (la Etapa Catastrófica).

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan para todas las insulinas, independientemente del nivel, incluso si no ha pagado su deducible.

Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica:

La Etapa de Cobertura Catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del coste total del plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en el marco del Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

Para obtener información específica acerca de los costos en la Etapa de Cobertura Catastrófica, consulte al Capítulo 6, Sección 6 en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Plan de pagos de recetas médicas de Medicare	No aplicable	El Plan de Pago de Recetas Médicas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a gestionar los costos de sus

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		medicamentos repartidos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, póngase en contacto con nosotros en el 855-442-9900, opción 3 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si usted desea seguir en *Select Health Medicare Essential (HMO)*

Para seguir en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan distinto ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en Select Health Medicare Essential (HMO).

Sección 4.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos tenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para el año 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones 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 o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, vea la Sección 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información acerca de Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare www.medicare.gov/plan-compare, lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame a su Programa estatal de ayuda sobre seguros médicos (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Le recordamos que Select Health ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los montos de los costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se le dará de baja de Select Health Medicare Essential (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se le dará de baja de Select Health Medicare Essential (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – *O* – Ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a la semana, y pedir que se le cancele la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, lo puede hacer desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2025.

¿Existen otras fechas del año en las que pueda hacer un cambio?

En ciertas situaciones, se autorizan cambios en otras fechas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellas que obtienen “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o están dejando una cobertura de empleador y aquellas que se muden fuera del área de servicio.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta el plan elegido, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente ahí (como un centro especializado de enfermería o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse

a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se ha mudado recientemente de una institución, tiene la oportunidad de 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 orientación gratuita acerca de Medicare

El Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Utah, el plan SHIP se conoce como Programa Superior de Información de Seguro Médico y, en Idaho, el Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico se denomina Programa de Asesores de Beneficios de Seguro Médico para Personas de la Tercera Edad.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer orientación **gratuita** local sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. Los asesores de SHIP le pueden ayudar con las preguntas sobre Medicare o problemas que pudiera tener. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y contestar a sus preguntas acerca de cómo cambiar de planes. Puede llamar al SHIP a los números que se encuentran a continuación para Utah e Idaho. Puede obtener más información sobre el SHIP visitando sus sitios webs indicados a continuación.

- **Utah: Programa Superior de Información de Seguro Médico (SHIP)**
 - **Teléfono:** 1-800-541-7735; los usuarios de TTY deben llamar al 711
 - **Dirección:**
 - Division of Aging and Adult Services
 - Utah Department of Human Services
 - 195 North 1950 West
 - Salt Lake City, UT 84116
 - **Sitio web:** daas.utah.gov/seniors
- **Idaho: Programa Superior de Asesores de Beneficios de Seguro de Salud (SHIBA)**
 - **Teléfono:** 1-800-247-4422; los usuarios de TTY deben llamar al 711
 - **Dirección:**
 - Idaho Department of Insurance
 - Atten: SHIBA
 - 700 W. State Street, 3rd Fl.
 - PO Box 83720
 - Boise, ID 83720
 - **Sitio web:** doi.idaho.gov/shiba

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Tal vez usted califique para obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, presentamos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados tal vez califiquen para “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare tal vez pague hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos recetados incluyendo las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellas personas que califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para averiguar si usted califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana;
 - la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - Su oficina de Medicaid estatal.
 - **Programa estatal de ayuda farmacéutica de Idaho (IDAGAP)**
 - **Teléfono:** 1-208-334-6526; los usuarios de TTY deben llamar al 711
 - **Dirección:**
Idaho Ryan White Part B Program
PO Box 83720
Boise, ID 83720
IdahoADAP@dhw.idaho.gov
- **Sitio web:**
healthandwelfare.idaho.gov/health-wellness/diseases-conditions/hiv
- **Asistencia con los costos compartidos de las recetas médicas para las personas que tienen VIH o SIDA.** El Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a asegurar que las personas que califiquen para recibir ayuda mediante ADAP que tengan VIH o SIDA tengan acceso a medicamentos para el SIDA que puedan salvarles la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo pruebas de residencia estatal y de estado del VIH, de bajos ingresos según lo definido por el estado y de condición de no asegurados o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir ayuda con los costos compartidos de las recetas médicas a través del Programa estatal de ayuda farmacéutica de Idaho (IDAGAP, por sus siglas en

inglés) o el Departamento de Salud de Utah, Oficina de Epidemiología. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa en Utah, llame al 801-538-6197, en Idaho llame al 208-334-6526. *Cuando llame, asegúrese de indicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.*

- **Plan de pagos de recetas médicas de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a gestionar los gastos de bolsillo de sus medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a gestionar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.**

La «Ayuda Extra» de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que cumplan los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Recetas Médicas de Medicare. Todos los miembros pueden participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, póngase en contacto con nosotros en el 1-855-442-9900 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de *Select Health Medicare Essential (HMO)*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para miembros al **1-855-442-9900**. (Los usuarios de TTY solamente deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas:

- **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos.

Fuera de este horario, deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2025* (contiene detalles sobre los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2025* de *Select Health Medicare Essential (HMO)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las reglas que usted debe seguir para obtener los servicios y medicamentos recetados cubiertos. En nuestro sitio web, selecthealth.org/medicare, encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede revisar la Evidencia de cobertura disponible por separado para ver si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. Además, puede llamar a Servicios para miembros para solicitar que le envíen una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en selecthealth.org/medicare. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos recetados disponibles 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), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Este contiene toda la información acerca de los costos, la cobertura y las evaluaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. (Para ver información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, enviamos este documento por correo a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos, y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede conseguirlo 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), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Esta página dejada en blanco intencionadamente

Esta página dejada en blanco intencionadamente

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SELECT HEALTH MEDICARE

855-442-9900 Usuarios de TTY gratuito: **711**

1 de octubre al 31 de marzo:

Laborables de 7:00 a 20:00 horas, sábado y domingo 8:00 am a 8:00 pm

1 de abril al 30 de septiembre:

Laborables de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 14:00, cerrado el domingo.

Fuera de este horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil o visite **selecthealth.org/medicare**.

Select Health es un patrocinador de planes HMO, PPO, HMO-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Select Health Medicare depende de la renovación del contrato.

Y0165_ANOC_H1994_001_3315583_M