

## **Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) ofrecido por Providence Health Assurance**

### **Aviso Anual de Cambios para 2025**

Usted está actualmente inscrito como miembro de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). 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](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC). También puede llamar a Servicio al cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

---

#### **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](http://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 Dual Plus (HMO D-SNP).
- 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 con Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- Consulte la sección 2.2 en la página 14 para obtener más información sobre sus opciones.
- 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, vietnamita y ruso.
- 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

### **Acerca de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)**

- 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 Dual Plus (HMO D-SNP).

**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..... 7**

    Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual ..... 7

    Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo ..... 7

    Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias ..... 8

    Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos..... 8

    Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D..... 10

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos ..... 13**

**SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir ..... 14**

    Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)... 14

    Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan ..... 14

**SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan ..... 15**

**SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid..... 16**

**SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta..... 16**

**SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? ..... 17**

    Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) ..... 17

    Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare ..... 17

    Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Oregon Health Plan (Medicaid)..... 18

## Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
<b>Consultas en el consultorio del doctor</b>	Consultas de atención primaria: 0% o 20% del costo total por consulta.  Consultas a especialistas: 0% o 20% del costo total por consulta.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas de atención primaria.  No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas a especialistas.
<b>Hospitalizaciones</b>	Las cantidades para cada período de beneficios son de \$0 o: <ul style="list-style-type: none"> <li>• deducible de \$1,632;</li> <li>• copago de \$0 para los días 1-60;</li> <li>• copago de \$408 por día para los días 61-90;</li> <li>• copago de \$0 por día para los días 91 en adelante.</li> </ul>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las hospitalizaciones.
<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).	Deducible: \$0  Copago durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada para los medicamentos genéricos.</li> </ul>	Deducible: \$0  Copago durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada para los medicamentos genéricos.</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>No paga nada para todos los demás medicamentos.</li> </ul> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pago, el plan paga la totalidad del costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No paga nada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No paga nada para todos los demás medicamentos.</li> </ul> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</li> </ul>
<p><b>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</b></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>\$8,850</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud del Oregon Health Plan (Medicaid), usted no es responsable de pagar cualquier costo de su bolsillo que se contará para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p>	<p>\$9,350</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo que se contará para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p>

**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)
<b>Prima mensual</b>	\$0	\$0
(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que Oregon Health Plan [Medicaid] la pague por usted).		

**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)
<b>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</b>	\$8,850	\$9,350
<p><b>Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Oregon Health Plan (Medicaid), muy pocos alcanzan la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</b></p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo que se contará para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p> <p>Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</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](http://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](http://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* ([www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider)) para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores, especialistas (proveedores) 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

---

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

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)
<p><b>Servicios odontológicos (otros, no cubiertos por Medicare)</b></p>	<p>Recibe una tarjeta de débito para odontología precargada, con una prestación máxima de \$1,700 por año calendario, para cobertura preventiva e integral. 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>Tiene una asignación de \$1,900 cada año calendario para cualquier servicio odontológico que elija.</p> <p>La tarjeta (de débito precargada para atención odontológica) tiene una asignación máxima de \$1,900, 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>
<p><b>Atención de emergencia</b></p>	<p>Usted paga el 0% o 20% del costo total hasta \$100 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las clases de salud y bienestar.</p>	<p>Las clases de salud y bienestar no están cubiertas.</p>
<p><b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b></p>	<p>Recibe una tarjeta de débito precargada, con una prestación de \$400 cada tres meses que puede utilizar para adquirir los alimentos saludables y artículos de venta libre aprobados.</p> <p>Los artículos de venta libre y alimentos saludables deben proporcionarse y organizarse a través de proveedores o distribuidores autorizados.</p>	<p>Recibe una tarjeta de débito precargada, con una prestación de \$150 cada tres meses que puede utilizar para adquirir los alimentos, productos frescos y artículos de venta libre aprobados.</p> <p>Los alimentos, productos frescos y artículos de venta libre deben proporcionarse y organizarse a través de proveedores o distribuidores autorizados.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI)</b>	No se ofrecen beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.	Las personas que califican reciben una tarjeta de débito precargada con una prestación de \$250 cada tres meses que pueden utilizar para adquirir alimentos y productos frescos.
<b>Servicios de urgencia</b>	Usted paga el 0% o 20% del costo total, hasta \$65, por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de atención urgente cubierta por Medicare.
<b>Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID)</b>	Usted recibe una tarjeta de débito precargada con una asignación de \$400 por trimestre para alimentos y productos frescos combinados con artículos de OTC.	Usted recibe una tarjeta de débito precargada con una asignación de \$150 por trimestre para alimentos y productos frescos combinados con artículos de OTC.

## 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 mensualmente 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 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 agregarle nuevas restricciones de inmediato.

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 costos de los medicamentos con receta

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)
<p><b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b></p>	<p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>	<p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta tabla son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red:</p> <p>No paga nada para los medicamentos genéricos.</p> <p>No paga nada para todos los demás medicamentos.</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red:</p> <p>No paga nada para los medicamentos genéricos.</p> <p>No paga nada para todos los demás medicamentos.</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.

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>TTY de Servicio al cliente (no miembros)</b>	1-800-457-6064 (TTY: 711)	1-800-457-6064 (TTY: 711/1-800-855-7100)
<b>TTY de Servicio al cliente para posibles beneficiarios de Medicare</b>	(800) 735-2900	711
<b>Traducción</b>	No corresponde	Disponible en español, vietnamita y ruso

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

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 Dual Plus (HMO D-SNP).

### 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.

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](http://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 Dual Plus (HMO D-SNP) 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 Dual Plus (HMO D-SNP) 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.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

## 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.

Como usted tiene Oregon Health Plan (Medicaid), puede cancelar su membresía del plan cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes. Esto incluye los siguientes:

- Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si escoge esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática).
- O, si reúne los requisitos, un Plan de necesidades especiales de elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) integral que le proporcione los beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

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 y Medicaid

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Oregon, el SHIP se llama Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para Personas Mayores (Senior Health Insurance Benefits Assistance, 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 1-800-722-4134 (TTY 711). Para obtener más información sobre el SHIBA, visite su sitio web ([www.shiba.oregon.gov](http://www.shiba.oregon.gov)).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios en el marco del Oregon Health Plan (Medicaid), comuníquese con Oregon Health Plan (Medicaid) al 1-800-273-0557, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Consulte cómo el hecho de afiliarse a otro plan o volver a Original Medicare afecta el modo en el que recibe su cobertura de Oregon Health Plan (Medicaid).

## 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.** Como tiene Oregon Health Plan (Medicaid), ya está inscrito en “Ayuda Adicional”, que también se denomina subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda Adicional” paga parte de sus primas de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Como reúne los requisitos, no tiene un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre “Ayuda Adicional”, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  - La 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 (solicitudes).



## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

¿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 detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2025* para Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). 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](http://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](http://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](http://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](http://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.

---

**Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Oregon Health Plan (Medicaid)**

---

Para obtener información de Oregon Health Plan (Medicaid), puede llamar a Oregon Health Plan (Medicaid) al 1-800-273-0557. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## 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 panggagamot. 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。