

HMO Prime No Rx (Medicare Advantage HMO) ofrecido por Tufts Associated Health Maintenance Organization (Tufts Health Plan)

Notificación anual de cambios para 2025

Usted está inscrito actualmente como afiliado del plan Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener el resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento informa sobre los cambios realizados a su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web www.thpmp.org. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre puede hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora

1. **PREGUNTE:** conozca qué cambios se aplican a usted.
 - Revise los cambios realizados a nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
 - Revise los cambios realizados a los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - Analice si está satisfecho con nuestro plan.
2. **COMPARE:** infórmese sobre otras opciones de planes.
 - Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare 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 más ayuda, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) para hablar con un asesor capacitado.
 - Una vez que reduzca las opciones a un plan de su preferencia, 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 en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx.

- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto pondrá fin a su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx.
- Si se mudó hace poco a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo) o vive actualmente allí, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento. Si acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare por dos meses completos a partir del mes en que salió.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con nuestros Servicios para Miembros llamando al 1-800-701-9000 para solicitar información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis.
- Esta información está disponible en diversos formatos, incluido el formato de letra grande.
- **La cobertura de este plan es considerada cobertura médica calificada** (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Asistencia Asequible (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 Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx

- Tufts Health Plan es un plan de Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés)/Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento diga “nosotros”, “nos”, “nuestro(a)” o “nuestros(as)”, se refiere a Tufts Associated Health Maintenance Organization (Tufts Health Plan). Cuando diga “plan” o a “nuestro plan”, significa Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx.
- Este plan no incluye la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Part D, y usted no puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare Part D y en este plan al mismo tiempo. Nota: Si no tiene una cobertura de medicamentos recetados de Medicare o una cobertura admisible de medicamentos recetados (tan amplia como la de Medicare), tiene que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.

Notificación anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025

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

Sección 1.1. Cambios en la prima mensual

Sección 1.2. Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

Sección 1.3. Cambios en la red de proveedores

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

SECCIÓN 2. Elección del plan

Sección 2.1. Si desea permanecer en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx

Sección 2.2. Si desea cambiar de plan

SECCIÓN 3. Plazo para cambiar de plan

SECCIÓN 4. Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

SECCIÓN 5. Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

SECCIÓN 6. ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1. Cómo obtener ayuda del plan Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx

Sección 6.2. Cómo obtener ayuda de Medicare

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 con los de 2025 para el plan Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan (Consulte la sección 1.1 para obtener más información).	\$156	\$166
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> de gastos de bolsillo que pagará por los servicios cubiertos (consulte la sección 1.2 para obtener más información).	\$3,650	\$3,650
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$10 por visita Visitas al especialista: \$15 por visita	Visitas de atención primaria: \$10 por visita Visitas al especialista: \$15 por visita
Estadías hospitalarias como paciente hospitalizado	\$300 por estadía, hasta \$900 por año	\$300 por estadía, hasta \$900 por año

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

Sección 1.1. Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de Medicare Part B).	\$156	\$166
Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	\$31	\$36.50

Sección 1.2. Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga por gastos de bolsillo durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de gastos de bolsillo”. Una vez que alcance este monto, usted generalmente no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo Los costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se incluyen en el monto máximo de gastos de bolsillo. La prima del plan no se contabiliza en el monto máximo de gastos de bolsillo. No hay cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo para el próximo año de beneficios.	\$3,650	\$3,650 Una vez que haya pagado \$3,650 en gastos de bolsillo por concepto de servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3. Cambios en la red de proveedores

Encontrará los directorios actualizados en nuestro sitio web www.thpmp.org. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, el cual se le enviará en un plazo de tres días hábiles.

Habr  cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores 2025* en www.thpmp.org para constatar si sus proveedores (proveedor de atención médica primaria, especialistas, hospitales, etc.) est n en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar modificaciones de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si le afecta un cambio de nuestros proveedores a mitad de año, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo.

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

El próximo año habrá cambios en los beneficios y costos de determinados servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medicare.	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir este servicio.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de quiropráctico	<p>Usted paga \$15 por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$15 por la evaluación quiropráctica inicial.</p> <p>Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido de su PCP.</p>	<p>Usted paga \$15 por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$15 por la evaluación quiropráctica inicial.</p> <p>Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido de su PCP.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir este servicio.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales: cubiertos por Medicare</p>	<p>Usted paga \$15 por visita para recibir servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$15 por visita para recibir servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido de su PCP.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir este servicio.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p>Tufts Medicare Preferred Dental Option</p>	<p>Prima mensual de \$31 para lo siguiente:</p> <p>Límite de beneficio anual de \$1,000</p> <p>Servicios de clase 1: copago de \$0</p> <p>Servicios de clase 2: 20 % de coseguro</p> <p>Servicios de clase 3: 50 % de coseguro</p>	<p>Prima mensual de \$36.50 para lo siguiente:</p> <p>Límite de beneficio anual de \$1,000</p> <p>Servicios de clase 1: copago de \$0</p> <p>Servicios de clase 2: 20 % de coseguro</p> <p>Servicios de clase 3: 50 % de coseguro</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Sin período de espera</p> <p>Si el plan determina que (1) se puede realizar un procedimiento, servicio o ciclo de tratamiento menos costoso en vez del tratamiento propuesto por su dentista; y que (2) el tratamiento alternativo menos costoso producirá un resultado profesionalmente satisfactorio, entonces el cargo máximo permitido por el plan será el cargo por la alternativa menos costosa.</p> <p>Los servicios tienen cobertura solo con proveedores de la red de PPO de Dominion.</p>	<p>Sin período de espera</p> <p>Los servicios tienen cobertura solo con proveedores de la red de PPO de Dominion.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): suministros médicos</p>	<p>Usted paga \$0 por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 por suministros médicos cubiertos por Medicare que se proporcionen como parte de una visita al consultorio.</p> <p>Usted paga el 10 % de coseguro por todos los demás suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Usted paga \$110 por cada visita cubierta a la sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés).</p> <p>Deberá pagar este monto de copago de la sala de emergencias incluso si lo dejan hospitalizado bajo observación.</p>	<p>Usted paga \$110 por cada visita cubierta a la sala de emergencias (ER).</p> <p>Si lo dejan hospitalizado bajo observación después de la visita a la sala de emergencias, no se aplicará el copago de ER y usted deberá pagar el copago de observación (consulte la sección “Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios” de la <i>Evidencia de cobertura</i> para conocer el costo compartido de la observación hospitalaria de pacientes ambulatorios que se aplica en su lugar).</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Usted no paga esta cantidad por la sala de emergencias si lo ingresan como paciente hospitalizado en un plazo de 24 horas por la misma afección (consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” de la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener información sobre el costo compartido hospitalario que se aplica en su lugar).</p>	<p>Usted no paga el copago de la sala de emergencias ni de observación si lo ingresan como paciente hospitalizado en el plazo de un día por la misma afección (consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” de la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener información sobre el costo compartido hospitalario que se aplica en su lugar).</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Atención de una agencia de atención médica a domicilio	Usted paga \$0 por los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 por los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido de su PCP. Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir este servicio. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Transporte que no es de ambulancia	Usted paga \$40 por viaje en transporte que no es de ambulancia desde un hospital hasta un establecimiento de enfermería especializada cuando el hospital que da el alta lo indica.	Usted paga \$0 en transporte que no es de ambulancia desde un hospital hasta un centro de enfermería especializada o su hogar cuando el hospital que da el alta lo indica. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.
Servicios del programa de tratamiento con opioides	Usted paga \$15 por encuentro como parte de un programa de tratamiento con opioides cubierto por Medicare. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido de su PCP.	Usted paga \$15 por encuentro como parte de un programa de tratamiento con opioides cubierto por Medicare. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga \$0 por estadía en el hospital para observación ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Puede aplicarse un costo compartido adicional si recibe otros servicios para pacientes ambulatorios mientras está en observación.</p>	<p>Usted paga \$100 por cada estadía en el hospital para observación ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Puede aplicarse un costo compartido adicional si recibe otros servicios para pacientes ambulatorios mientras está en observación.</p> <p>Usted no paga este monto de copago de observación ambulatoria en el hospital si lo ingresan como paciente hospitalizado en el plazo de un día por la misma afección (consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” de la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener información sobre el costo compartido hospitalario que se aplica en su lugar).</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga \$10 por cada visita de terapia individual o grupal para recibir servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por citas breves en el consultorio (máximo 15 minutos) con el propósito exclusivo de controlar o cambiar medicamentos.</p> <p>Antes de recibir servicios de un psiquiatra, debe obtener un referido del PCP. No se necesita un referido para todos los demás servicios de atención de salud mental ambulatoria.</p>	<p>Usted paga \$10 por cada visita de terapia individual o grupal para recibir servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por citas breves en el consultorio (máximo 15 minutos) con el propósito exclusivo de controlar o cambiar medicamentos.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga \$15 por cada visita de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por una consulta de fisioterapia o terapia ocupacional después de un procedimiento quirúrgico ambulatorio antes del alta.</p> <p>Antes de que reciba servicios, primero debe obtener un referido de su PCP.</p>	<p>Usted paga \$15 por cada visita de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por una consulta de fisioterapia o terapia ocupacional después de un procedimiento quirúrgico ambulatorio antes del alta.</p> <p>Antes de que reciba servicios, primero debe obtener un referido de su PCP.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir estos servicios.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido de su PCP.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir este servicio.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de terapia de ejercicios supervisada cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de terapia de ejercicios supervisada cubiertos por Medicare.</p> <p>Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido de su PCP.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir este servicio.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Telehealth: servicios de monitoreo remoto de pacientes</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de monitoreo remoto de pacientes prestados por su PCP o especialista.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de monitoreo remoto de pacientes prestados por su PCP o especialista.</p> <p>Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido de su PCP.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir este servicio.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p>Servicios de urgencia</p>	<p>Usted paga \$30 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>No se aplica el copago si lo ingresan al hospital como paciente hospitalizado en un plazo de 24 horas por la misma afección.</p>	<p>Usted paga \$30 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>No se aplica el copago si lo ingresan al hospital como paciente hospitalizado en el plazo de un día por la misma afección.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Visión: retinopatía diabética</p>	<p>Usted paga \$10 por una prueba de detección anual de retinopatía diabética realizada por un optometrista y \$15 cuando un especialista realiza la prueba de detección.</p> <p>Antes de ser atendido por un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección de los ojos, debe obtener un referido de su PCP.</p> <p>No se necesita un referido para que lo atienda un optometrista, pero debe consultar a un proveedor de la red EyeMed Vision Care.</p>	<p>Usted paga \$15 por una prueba de detección anual de retinopatía diabética realizada por un optometrista o un especialista.</p> <p>Antes de ser atendido por un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección de los ojos, debe obtener un referido de su PCP.</p> <p>No se necesita un referido para que lo atienda un optometrista, pero debe consultar a un proveedor de la red EyeMed Vision Care.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Visión: beneficio para anteojos</p>	<p>Usted recibe una bonificación anual para la compra de anteojos estándar (lentes recetados, monturas o una combinación de ambos) o lentes de contacto.</p> <p>La bonificación es de \$150 por año calendario para compras de proveedores participantes de EyeMed Vision Care, o de \$90 por año calendario para compras de proveedores participantes que no sean de EyeMed Vision Care.</p>	<p>Usted recibe una bonificación anual para la compra de anteojos estándar (lentes recetados, monturas o una combinación de ambos) o lentes de contacto, incluidas las características adicionales. La bonificación anual puede usarse para comprar características adicionales para anteojos cubiertos por Medicare o terapéuticos, y para anteojos de rutina o correctivos.</p> <p>La bonificación es de \$150 por año calendario para compras de proveedores participantes de EyeMed Vision Care, o de \$90 por año calendario para compras de proveedores participantes que no sean de EyeMed Vision Care.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Bonificación de bienestar	<p>El plan le reembolsa hasta \$150 por año calendario para algunos programas educativos de salud y bienestar.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información sobre los artículos, actividades y programas cubiertos.</p>	<p>El plan le reembolsa hasta \$150 por año calendario para algunos programas educativos de salud y bienestar.</p> <p>Tendrán cobertura los siguientes artículos, actividades y programas adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos equipos de ejercicios para el hogar• Terapias alternativas• Dispositivos de seguimiento del estado físico y pulsómetros• Masoterapia• Tipos adicionales de clubes y clases de acondicionamiento físico <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>

SECCIÓN 2 Elección del plan

Sección 2.1. Si desea permanecer en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx

Para permanecer en nuestro plan, usted no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx.

Sección 2.2. Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan en 2025, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- *O bien*, 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 no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que le impongan una multa por inscripción tardía en Part D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes 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 al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) (consulte la sección 4) o llame a Medicare (consulte la sección 6.2).

Recuerde que Tufts Associated Health Maintenance Organization (Tufts Health Plan) ofrece otros planes de salud de Medicare *Y* planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros premios pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan diferente de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe tomar una de las siguientes medidas:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción en el plan. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.

- *O bien*, comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para cambiar 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 vigor el 1 de enero de 2025.

¿Se puede hacer un cambio en otras fechas del año?

En determinadas circunstancias, también se permite hacer cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos, se incluyen las personas con Medicaid, aquellas que reciben asistencia en virtud del programa “Extra Help” para pagar sus medicamentos, las que tienen o van a dejar la cobertura del empleador, y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (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 hace poco a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo) o vive actualmente allí, 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 independiente de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento. Si acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare por dos meses completos a partir del mes en que salió.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se denomina “SHINE” (Serving the Health Insurance Needs of Everyone, Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos).

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a SHINE al 1-800-243-4636 (TTY: 1-800-439-2370).

Para obtener más información acerca de SHINE, visite su sitio web (www.mass.gov/health-insurance-counseling).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir ayuda para el pago de medicamentos recetados. A continuación, indicamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Extra Help” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir asistencia en virtud del programa “Extra Help” para pagar los costos de los medicamentos recetados. Si los reúne, Medicare podría pagar hasta el 75 % del costo de medicamentos, los que incluyen primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Además, los que reúnen los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si usted reúne los requisitos, llame a los siguientes:
 - al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes, para que un representante le atienda. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778;
 - a la oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Massachusetts tiene un programa llamado “Prescription Advantage” que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados con base en sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
- **¿Qué pasa si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP)?** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a que las personas con VIH/sida elegibles tengan acceso a medicamentos esenciales para tratar el VIH. Los medicamentos recetados de Medicare Part D que también están cubiertos por el programa ADAP reúnen los requisitos para la asistencia en costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el VIH (HDAP, por sus siglas en inglés) de Massachusetts (cuyo número de teléfono es 1-617-502-1700). **Nota:** Para ser elegibles para el ADAP que se ofrece en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, como comprobar su residencia en el estado y su condición de paciente con VIH, un nivel de bajos ingresos según lo definido por el estado y una condición de seguro insuficiente/sin seguro.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede seguir brindándole asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados de Medicare Part D para los medicamentos del formulario de ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, informe a su asistente

de inscripción local de ADAP sobre cualquier cambio en el nombre del plan o número de póliza de su plan de Medicare Part D. Para comunicarse con el HDAP de Massachusetts, llame al 1-617-502-1700.

Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al HDAP de Massachusetts al 1-617-502-1700.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1. Cómo obtener ayuda del plan Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-701-9000 (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., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratis.

Lea la *Evidencia de cobertura* 2025 (que incluye detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Esta *Notificación anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura* 2025 de Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que tiene que seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web: www.thpmp.org. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web: www.thpmp.org. Recuerde que este sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*).

Sección 6.2. Cómo obtener 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) 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), que contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones con estrellas de calidad que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted 2025*

Lea el manual “*Medicare y usted 2025*”. Este documento se envía cada otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y las protecciones, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla visitando el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/publications/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.