

Texas Independence Health Plan (HMO I-SNP) ofrecido por Texas Independence Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente está inscrito como miembro de Texas Independence Health Plan. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. *En la página 5 puede ver un Resumen de costos importantes, incluida la prima.*

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web www.txindependencehealthplan.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo.

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, que incluyen restricciones de cobertura y costos compartidos.
 - Piense en el monto que gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” 2025 para asegurarse de que los que toma actualmente sigan estando cubiertos.
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido 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 otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si puede ser elegible para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir Ayuda Adicional de Medicare.
- Considere si nuestro plan le satisface.

2. **COMPARAR:** Conozca 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 que aparece en la parte posterior del manual *Medicare y usted 2025*. Para recibir apoyo adicional y hablar con un asesor calificado, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP).
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELEGIR:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá inscrito en Texas Independence Health Plan.
- Para cambiarse a **otro plan**, puede cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros en el 1-833-471-8447 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447). 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Este material podría estar disponible en otros formatos (Braille, letra grande, etc.). Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud (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 de Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Texas Independence Health Plan

- Texas Independence Health Plan es un Plan de Necesidades Especiales (SNP) de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), con un contrato de Medicare. La inscripción en el plan Texas Independence Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Texas Independence Health Plan Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Texas Independence Health Plan.

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios en el gasto máximo de bolsillo.....	6
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	7
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	7
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.....	9
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	12
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	15
Sección 3.1 – Si desea permanecer en Texas Independence Health Plan.....	15
Sección 3.2 – Si desea cambiarse de plan.....	15
SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan	16
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare ...	16
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	17
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	18
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Texas Independence Health Plan	18
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	19

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 de Texas Independence Health Plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$28.40	\$18.30
* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Más información en la Sección 1.1.		
Deducible	\$240 excepto para insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero.	\$257 excepto para insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero.
Gasto máximo de bolsillo	\$8,850	\$9,350
Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Más información en la Sección 1.2.)		
Consultas médicas	Consultas de atención primaria: Usted paga el 20 % por visita. Consultas con especialistas: Usted paga el 20 % por visita.	Consultas de atención primaria: Usted paga el 20 % por visita. Consultas con especialistas: Usted paga el 20 % por visita.
Hospitalizaciones	Deducible de \$1,632 por cada período de beneficios.	Deducible de \$1,676 por cada período de beneficios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Días 1–60: Usted paga un copago de \$0 por día para cada período de beneficio.</p> <p>Días 61–90: Usted paga un copago de \$408 por día para cada periodo de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: Usted paga un copago de \$816 por cada día de reserva de por vida después del día 90 para cada periodo de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida)</p> <p>Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos.</p>	<p>Días 1–60: Usted paga un copago de \$0 por día para cada período de beneficio.</p> <p>Días 61–90: Usted paga un copago de \$419 por día para cada periodo de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: Usted paga un copago de \$838 por cada día de reserva de por vida después del día 90 para cada periodo de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).</p> <p>Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos.</p>
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Ver la sección 1.5 para más información).</p>	<p>Deducible: \$545 excepto para productos de insulina y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: Usted paga el 25 % del costo total. <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Deducible: \$590 excepto para productos de insulina y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: Usted paga el 25 % del costo total. <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	Cobertura en situaciones catastróficas: <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. 	Cobertura en situaciones catastróficas: <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$28.40	\$18.30

- La prima mensual de su plan será *mayor* si tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por estar sin otra cobertura de medicamentos que sea de un valor similar a la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si tiene un mayor ingreso, es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe la “Ayuda Adicional” para los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el gasto máximo de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que usted paga de bolsillo durante el año. Este límite se llama gasto máximo de bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Gasto máximo de bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuenta para su gasto máximo de bolsillo. La prima de su plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para el gasto máximo de bolsillo.	\$8,850	\$9,350 Una vez que haya pagado \$9,350 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta puede depender de la farmacia que usa. La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

En nuestro sitio web en www.txindependencehealthplan.com se encuentran los directorios actualizados. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o solicitarnos que le enviemos un directorio por correo, y lo haremos dentro de los tres días hábiles.

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de proveedores 2025* www.txindependencehealthplan.com/provider-directory/ para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) estarán en nuestra red.**

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el *Directorio de farmacias 2025* www.txindependencehealthplan.com/participating-pharmacies/ para saber si sus farmacias estarán en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en relación con hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si tiene un cambio de proveedores a mediados de año, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo.

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

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Examen físico anual	El examen físico anual <u>no</u> está cubierto.	Examen físico anual: Usted paga el 20 % del examen físico anual. Sujeto al gasto máximo de bolsillo.
Autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos	Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Usted paga el 20 % del costo total.	Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Usted paga el 0 % del costo total.
Beneficio para medicamentos de venta libre (OTC)	Se limita a \$60 de asignación cada trimestre para determinados medicamentos de venta libre y otros productos relacionados con la salud, que figuran en el catálogo de medicamentos OTC. Esta asignación no se traspasa al siguiente periodo si no se utiliza. Cualquier beneficio no utilizado vence al final del año calendario y no puede transferirse al año siguiente.	Se limita a \$60 de asignación cada trimestre para determinados medicamentos de venta libre y otros productos relacionados con la salud, que figuran en el catálogo de medicamentos OTC. Esta asignación se traspasa al siguiente periodo si no se utiliza. Cualquier beneficio no utilizado vence al final del año calendario y no puede transferirse al año siguiente.
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas <i>Los beneficios mencionados son parte del programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.</i>	Transporte (sin necesidad médica): Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 4 traslados de ida cada año a algún lugar no relacionado con cuestiones médicas.	Transporte (sin necesidad médica): Usted paga un copago de \$0. Este beneficio ofrece 4 viajes de ida a ubicaciones no relacionadas con cuestiones médicas dentro de 50 millas del área de servicio local para miembros con necesidades no médicas.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Transporte (no emergencia, de rutina)	Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 10 traslados de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.	Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 12 traslados de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.
Servicios de urgencia	Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$55) por consulta.	Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$45) por consulta.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

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

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que pueden incluir la incorporación o exclusión de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o cambios en el nivel de costos compartidos de ciertos medicamentos.

Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción, o si su medicamento cambió de nivel de costo compartido.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comenzar el año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios que están permitidos bajo las normas de Medicare, que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” al menos mensualmente para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o ver la posibilidad de encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica nueva con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca que reemplaza. Además, al agregar un genérico nuevo también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

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 está siendo reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba notificación del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni que no obtenga un 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 hacemos el cambio, tendrá que obtener información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. Para obtener más información, también puede comunicarse con Servicios para Miembros o solicitarla a su proveedor de atención médica, persona con autorización para recetar o farmacéutico.

Cambios en los costos y beneficios de sus medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicar en su caso.** Le enviamos un adjunto por separado, llamado “*Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben la Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados*” (también llamada *Cláusula adicional del plan de Subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe la “Ayuda Adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2024, llame a Servicios para Miembros y pida la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de los medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la cobertura en situaciones catastróficas. La etapa de período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura dejarán de existir en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura se reemplazará por el Programa de descuento del fabricante. En virtud del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuento del fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

Cambios en la etapa de deducible

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

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Consulte el siguiente cuadro para conocer los cambios de 2024 a 2025.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga el costo compartido de sus medicamentos y usted paga su costo compartido.</p> <p>Los costos de este cuadro son para un suministro para un mes (30 días) en una farmacia de la red que proporcione costos compartidos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo, busque en Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes en una farmacia de la red con el costo compartido estándar es del 25 %.</p> <p>Nivel 1: Usted paga el 25 % por medicamento recetado.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen \$5,030, usted pasará a la próxima etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>El costo de un suministro para un mes en una farmacia de la red con el costo compartido estándar es del 25 %.</p> <p>Nivel 1: Usted paga el 25 % por medicamento recetado.</p> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de gastos de bolsillo para surtir sus medicamentos recetados de la Parte D, usted pasará a la próxima etapa (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 medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuento del fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Se cambió la dirección para la inscripción	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Enrollment P.O. Box 981733 El Paso, TX 79998-1733	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Enrollment P.O. Box 25738 Tampa, FL 33622-5738
Se cambió la dirección para reclamos	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Claims P.O. Box 981733 El Paso, TX 79998-1733	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Claims P.O. Box 25738 Tampa, FL 33622-5738
Se cambió la dirección para determinación médica	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Medical Determination P.O. Box 981733 El Paso, TX 79998-1733	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Medical Determination 1908 N. Laurent Street Suite 250 Victoria, TX 77901
Se cambió la dirección para las quejas de servicios médicos y sociales	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Grievance P.O. Box 981733 El Paso, TX 79998-1733	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Grievance 1908 N. Laurent Street Suite 250 Victoria, TX 77901

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Se cambió la dirección para apelaciones de atención médica de la Parte C	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Appeals for Medical Care P.O. Box 981733 El Paso, TX 79998-1733	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Appeals for MedicalCare 1908 N. Laurent Street Suite 250 Victoria, TX 77901
Se cambió la dirección para Servicio al Cliente	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Customer Service P.O. Box 981733 El Paso, TX 79998-1733	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Customer Service P.O. Box 25738 Tampa, FL 33622-5738
Se cambió la dirección para apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D	Texas Independence Health Plan Inc. c/o Elixir Attn: Appeals Department 7835 Freedom Ave NW North Canton, OH 44720	MedImpact Attn: Appeals Department 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131
Se cambió la dirección para solicitudes de pago de medicamentos recetados	Texas Independence Health Plan Inc. c/o Elixir Attn: DMR 7835 Freedom Ave NW North Canton, OH 44720	MedImpact Attn: DMR 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131
Se cambió la dirección para decisiones sobre cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	Texas Independence Health Plan Inc. c/o Elixir Attn: Clinical Services 7835 Freedom Ave NW North Canton, OH 44720	MedImpact Attn: Clinical Services 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Ampliación del área de servicio	Aransas, Bastrop, Bexar, Calhoun, Cameron, DeWitt, Duval, Fayette, Fort Bend, Frio, Gregg, Guadalupe, Harris, Hidalgo, Jackson, Jefferson, Jim Wells, Kendall, Kleberg, Lavaca, Live Oak, Montgomery, Nueces, Starr, Tarrant, Travis, Washington, Wharton y Willacy	Aransas, Atascosa, Austin, Bandera, Bastrop, Bee, Bexar, Blanco, Brooks, Burleson, Burnet, Caldwell, Calhoun, Cameron, Cass, Chambers, Colorado, Comal, Cooke, Denton, DeWitt, Dimmit, Duval, Fayette, Fort Bend, Franklin, Frio, Galveston, Gillespie, Goliad, Gonzales, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hamilton, Hardin, Harris, Harrison, Hays, Hidalgo, Hill, Jack, Jackson, Jefferson, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kendall, Kenedy, Kleberg, Lampasas, La Salle, Lavaca, Lee, Liberty, Live Oak, Llano, McMullen, Marion, Mason, Matagorda, Medina, Mills, Montgomery, Morris, Nueces, Palo Pinto, Panola, Real, Refugio, Rusk, San Jacinto, San Saba, Smith, Somervell, Starr, Tarrant, Travis, Upshur, Washington, Webb, Wharton, Willacy, Williamson, Wilson, Wise, Wood, Zapata, y Zavala

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados	No aplicable	<p>El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago voluntario que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos por medicamentos distribuyéndolos a lo largo de pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero-diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, contáctenos al 1-833-823-6777 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en Texas Independence Health Plan

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan o cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Texas Independence Health Plan.

Sección 3.2 – Si desea cambiarse de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare
- *O-* puede cambiar a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre la posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original 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 a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la Sección 5) o llame a Medicare (vea la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de Texas Independence Health Plan.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de Texas Independence Health Plan.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comunicarse con Servicios para Miembros si necesita más información para saber cómo hacerlo.
 - También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan

Si quiere cambiarse a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

¿Se puede hacer un cambio en otro momento del año?

En determinadas situaciones, también se pueden hacer cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las personas que reciben "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos, quienes tienen o dejan la cobertura del empleador y aquellas personas 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 elección, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se ha mudado o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento. Si hace poco se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP).

Se trata de un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a las personas con Medicare. Los asesores del Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder a sus preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) al 1-800-252- 9240. Puede obtener más información sobre el Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) visitando el sitio web en (www.hhs.texas.gov/services/health/medicare).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede ser elegible para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - a la oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.** Texas tiene un programa llamado Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) de Texas THMP que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades económicas, su edad o su estado de salud. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.
- **Asistencia para los costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas que tienen VIH/SIDA y son elegibles para ADAP tengan acceso a los medicamentos contra el VIH. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, si actualmente está inscrito o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090. Cuando llame, procure informarles el nombre de su plan o número de póliza de la Parte D de Medicare.

- **El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar los costos de bolsillo por medicamentos a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos por medicamentos distribuyéndolos a lo largo de **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero-diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ayudará a ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, ofrece más ventajas que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del 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, contáctenos al 1-833-823-6777 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Texas Independence Health Plan

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Puede llamar a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447. (Solo TTY, llame al 1-833-414-8447). Estamos disponibles para 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 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2025* (incluye detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2025* para Texas Independence Health Plan. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en www.txindependencehealthplan.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede acceder a nuestro sitio web en www.txindependencehealthplan.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si 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 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.