



## AmeriHealth Medicare Ultimate (PPO) ofrecido por AmeriHealth Insurance Company of New Jersey (“AmeriHealth”)

### Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de AmeriHealth Medicare Ultimate PPO. El próximo año, habrá cambios a los costos y los beneficios del plan. **Consulte la página 5 para ver un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios a su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web [www.amerhealthmedicare.com/EOC](http://www.amerhealthmedicare.com/EOC). También puede llamar a nuestro Equipo de asistencia a miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Tiene desde el 15 de octubre al 7 de diciembre para realizar cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**

---

#### Qué hacer ahora

##### 1. PREGUNTE: ¿Cuáles son los cambios que se aplican a usted?

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
  - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en la cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
  - Calcule cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
  - Revise los cambios en la Lista de medicamentos de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente siguen teniendo cobertura.
  - Compare la información del plan en 2024 y en 2025 para ver si algunos de estos medicamentos se mueven a un nivel diferente de costo compartido o si estarán sujetos a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad, en 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, como las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.

Verifique si usted reúne los requisitos para recibir ayuda en el pago de los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para Ayuda adicional de Medicare.

Piense en si está satisfecho con nuestro plan.

## 2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes.

Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el buscador de planes de Medicare en [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la contratapa de su cuadernillo *Medicare y usted 2025*. Si necesita apoyo adicional, comuníquese con su State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico) para hablar con un asesor capacitado.

Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

## 3. ELIJA: Decida si quiere cambiar su plan.

- Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, se quedará en AmeriHealth Medicare Ultimate PPO.
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su cobertura nueva comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto dará por finalizada su inscripción en AmeriHealth Medicare Ultimate PPO.
- Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializado o un centro de cuidados a largo plazo) o vive en una de ellas, puede cambiar de plan o cambiar a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene una oportunidad para cambiar de plan o cambiar a Medicare Original por dos meses completos después del mes de la mudanza.

### Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Llame a nuestro Equipo de asistencia a miembros al 1-866-569-5190 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). El equipo está disponible los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y en los días festivos desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, su llamada puede ser derivada al correo de voz. Esta llamada es gratuita.
- Para recibir este documento en un formato alternativo como braille, en letras grandes o en audio, comuníquese con nuestro Equipo de asistencia a miembros.
- **La cobertura de este plan califica como una Qualifying Health Coverage (QHC, cobertura de salud calificada)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Affordable Care Act (ACA, Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio). Visite el sitio web del Internal Revenue Service (IRS, Servicio de Rentas Internas) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

---

### AmeriHealth Medicare Ultimate PPO

- AmeriHealth ofrece planes PPO de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en los planes PPO de AmeriHealth Medicare Advantage depende de la renovación de los contratos.
- Cuando este documento hace referencia a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa AmeriHealth Insurance Company of New Jersey. Cuando hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, significa AmeriHealth Medicare Ultimate PPO.

---

Y0041\_H5361\_AH\_25\_118523\_M

***Aviso anual de cambios para 2025***  
**Índice**

**Resumen de costos importantes para el 2025 ..... 5**

**SECCIÓN 1: Cambios a los beneficios y a los costos para el próximo año ..... 8**

    Sección 1.1: Cambios a la prima mensual..... 8

    Sección 1.2: Cambios a su gasto de bolsillo máximo ..... 8

    Sección 1.3: Cambios a los proveedores y farmacias de la red ..... 9

    Sección 1.4: Cambios a los beneficios y los costos de servicios médicos ..... 10

    Sección 1.5: Cambios a la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D ... 15

**SECCIÓN 2: Cambios administrativos ..... 20**

**SECCIÓN 3: Decidir qué plan elegir ..... 23**

    Sección 3.1: Si quiere quedarse en AmeriHealth Medicare Ultimate PPO ..... 23

    Sección 3.2: Si quiere cambiar de plan ..... 23

**SECCIÓN 4: Fecha límite para cambiar de plan ..... 24**

**SECCIÓN 5: Programas que ofrecen orientación gratuita sobre Medicare ..... 24**

**SECCIÓN 6: Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados ..... 25**

**SECCIÓN 7: ¿Tiene preguntas?..... 26**

    Sección 7.1: Obtener ayuda de AmeriHealth Medicare Ultimate PPO ..... 26

    Sección 7.2: Obtener ayuda de Medicare..... 27

## Resumen de costos importantes para el 2025

En la tabla de abajo, se comparan los costos de 2024 y los costos del 2025 para AmeriHealth Medicare Ultimate PPO en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solo es un resumen de costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Prima del plan mensual*</b> * Su prima podría ser mayor que este importe. Consulte la sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
<b>Gastos de bolsillo máximos</b> Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de gastos de bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para obtener más detalles).	De proveedores de la red: \$8,850  De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$11,300	De proveedores de la red: \$9,350  De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$14,000
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita  Visitas al especialista: Copago de \$50 por visita	Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita  Visitas al especialista: Copago de \$50 por visita
<b>Estancia en el hospital como paciente internado</b>	Estancia en el hospital como paciente internado (agudo): Copago de \$385 por día para los días 1-5 por admisión Copago máximo de \$1,925 por admisión  Estancia en el hospital como paciente internado (salud mental):	Estancia en el hospital como paciente internado (agudo): Copago de \$370 por día para los días 1-6 por admisión Copago máximo de \$2,220 por admisión  Estancia en el hospital como paciente internado (salud mental):

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>Copago de \$385 por día para los días 1-5 por admisión</p> <p>Copago máximo de \$1,925 por admisión</p>	<p>Copago de \$335 por día para los días 1-6 por admisión</p> <p>Copago máximo de \$2,010 por admisión</p>
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$545 para medicamentos del nivel 3, del nivel 4 y del nivel 5, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial en una farmacia convencional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamentos 1: \$9</li> <li>• Nivel de medicamentos 2: \$20</li> <li>• Nivel de medicamentos 3: \$47 Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Nivel de medicamentos 4: \$100 Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Nivel de medicamentos 5: 25% Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial en una farmacia preferida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamentos 1: \$0</li> <li>• Nivel de medicamentos 2: \$8</li> <li>• Nivel de medicamentos 3: \$47 Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul>	<p>Deducible: \$150 para medicamentos del nivel 3, del nivel 4 y del nivel 5, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial en una farmacia convencional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamentos 1: \$9</li> <li>• Nivel de medicamentos 2: \$20</li> <li>• Nivel de medicamentos 3: 25% Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Nivel de medicamentos 4: 50% Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Nivel de medicamentos 5: 31% Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial en una farmacia preferida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamentos 1: \$0</li> <li>• Nivel de medicamentos 2: \$0</li> <li>• Nivel de medicamentos 3: 25%</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamentos 4: \$100 Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Nivel de medicamentos 5: 25% Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p>Cobertura Catastrophic:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En este periodo de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No paga nada.</li> </ul>	<p>Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamentos 4: 50% Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Nivel de medicamentos 5: 31% Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p>Cobertura Catastrophic:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En este periodo de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</li> </ul>

## SECCIÓN 1: Cambios a los beneficios y a los costos para el próximo año

### Sección 1.1: Cambios a la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe continuar pagando su prima de Medicare Part B).	\$0	\$0
<b>Reducción de la prima de la Parte B</b>	\$117	\$124

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D de por vida por no contar con otra cobertura de medicamentos que es, por lo menos, tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también se puede denominar cobertura válida) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, podría tener que pagar un importe adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

### Sección 1.2: Cambios a su gasto de bolsillo máximo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga de bolsillo durante el año. Estos límites se denominan gastos de bolsillo máximos. Una vez que alcanza este importe, usted generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Gasto de bolsillo máximo dentro de la red</b> Sus costos para servicios médicos cubiertos (como copagos) brindados por proveedores de la red cuentan a favor de su gasto de bolsillo máximo dentro de la red. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan a favor de su gasto de bolsillo máximo.	\$8,850	\$9,350  Una vez que haya pagado \$9,350 de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B brindados por proveedores de la red por el resto del año calendario.



Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Gasto de bolsillo máximo combinado</b> Sus costos para servicios médicos cubiertos (como copagos) brindados por proveedores de la red y fuera de la red cuentan a favor de su gasto de bolsillo máximo combinado. Sus costos por medicamentos recetados ambulatorios no cuentan a favor de su gasto de bolsillo máximo por servicios médicos.	\$11,300	\$14,000  Una vez que haya pagado \$14,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B brindados por proveedores de la red o fuera de la red por el resto del año calendario.

### Sección 1.3: Cambios a los proveedores y farmacias de la red

Los importes que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de qué farmacia use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en una de las farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que puede ofrecerle un costo compartido menor que el costo compartido convencional ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Encontrará directorios actualizados en nuestra página web [www.amerhealthmedicare.com/directory](http://www.amerhealthmedicare.com/directory). También puede llamar a nuestro Equipo de asistencia a miembros para obtener información actualizada de los proveedores o las farmacias, o para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo postal, que enviaremos dentro de tres días hábiles.

Estos son los cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores 2025* en [www.amerhealthmedicare.com/directory](http://www.amerhealthmedicare.com/directory) para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Estos son los cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el *Directorio de farmacias 2025* en [www.amerhealthmedicare.com/directory](http://www.amerhealthmedicare.com/directory) para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios con respecto a los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores), y las farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio a mitad de año lo afecta, comuníquese con nuestro Equipo de asistencia a miembros para que podamos ayudarlo.

## Sección 1.4: Cambios a los beneficios y los costos de servicios médicos

Estamos cambiando los costos y los beneficios relacionados con determinados servicios médicos el próximo año. La información abajo describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Telesalud adicional</b>	<p>Usted paga \$40 de copago por visita de fisioterapia, terapia ambulatoria y terapia del habla.</p> <p>Se requiere una autorización previa para servicios dentro de la red seleccionados.</p>	<p>Usted paga \$35 de copago por visita de fisioterapia, terapia ambulatoria y terapia del habla.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>
<b>Ambulatory Surgical Services (ASC, Servicios de cirugía ambulatoria)</b>	<p>Usted paga \$350 de copago por este beneficio.</p>	<p>Usted paga \$400 de copago por este beneficio.</p>
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>	<p>Usted paga \$30 de copago por este beneficio.</p>	<p>Usted paga \$25 de copago por este beneficio.</p>
<b>Servicios dentales</b>	<p>Estos son los servicios dentales de rutina no cubiertos por Medicare:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por los servicios dentales de rutina no cubiertos por Medicare, incluido lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos consultas dentales cada 12 meses <u>no</u> están cubiertas.</li> </ul> <p>Los siguientes servicios dentales integrales no tienen cobertura de Medicare:</p> <p>Usted recibe una asignación combinada dentro y fuera de la red de \$1,000 al año para los siguientes servicios</p>	<p>Estos son los servicios dentales preventivos y de diagnóstico no cubiertos por Medicare:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por los servicios dentales preventivos y de diagnóstico no cubiertos por Medicare, incluido lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos consultas dentales cada 12 meses <u>están</u> cubiertas.</li> </ul> <p>Los siguientes servicios dentales integrales no tienen cobertura de Medicare:</p> <p>Usted recibe una asignación combinada dentro y fuera de la red de \$1,000 al año para los siguientes servicios</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>dentales integrales: servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, implantes y otras cirugías orales/maxilofaciales.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total para los siguientes servicios dentales integrales: servicios de restauración, endodoncia, periodoncia y extracciones simples.</p> <p>La cobertura de su plan para estos servicios incluye:</p> <p>Extracciones simples:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubre una extracción, un diente brotado o una raíz expuesta por diente de por vida.</li> </ul>	<p>dentales integrales: servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, implantes y otras cirugías orales/maxilofaciales.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total para los siguientes servicios dentales integrales: servicios de restauración, endodoncia, periodoncia y extracciones simples.</p> <p>La cobertura de su plan para estos servicios incluye:</p> <p>Extracciones simples:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubren extracciones ilimitadas.</li> </ul>
<b>Durable Medical Equipment (DME, equipo médico duradero)</b>	Usted paga el 40% del costo total del durable medical equipment fuera de la red.	Usted paga el 45% del costo total del durable medical equipment fuera de la red.
<b>Atención de emergencia</b>	Usted paga \$100 de copago por este beneficio.	Usted paga \$110 de copago por este beneficio.
<b>Atención de emergencia (internacional)</b>	Usted paga \$100 de copago por este beneficio.	Usted paga \$110 de copago por este beneficio.
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>	Usted paga \$385 de copago por día entre los días 1-5. Usted paga \$1,925 de copago máximo por admisión.	Usted paga \$370 de copago por día entre los días 1-6. Usted paga \$2,220 de copago máximo por admisión.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Cuidado de la salud mental para pacientes internados</b>	Usted paga \$385 de copago por día entre los días 1-5. Usted paga \$1,925 de copago máximo por admisión.	Usted paga \$335 de copago por día entre los días 1-6. Usted paga \$2,010 de copago máximo por admisión.
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva</b>	Usted paga \$55 de copago por este beneficio.	Usted paga \$45 de copago por este beneficio.
<b>Cobertura fuera de la red</b>	<p>Usted paga el 40% del costo total por los siguientes beneficios fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Ambulatory Surgical Center (ASC)</li> <li>• Examen físico anual</li> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca</li> <li>• Servicios quiroprácticos</li> <li>• Capacitación sobre autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</li> <li>• Atención en agencias de atención médica en el hogar</li> <li>• Atención hospitalaria para pacientes internados</li> <li>• Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</li> <li>• Servicios educativos sobre enfermedades renales</li> <li>• Terapia de nutrición médica</li> <li>• Medicamentos recetados de Medicare Part B</li> </ul>	<p>Usted paga el 50% del costo total por los siguientes beneficios fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Ambulatory Surgical Center (ASC)</li> <li>• Examen físico anual</li> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca</li> <li>• Servicios quiroprácticos</li> <li>• Capacitación sobre autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</li> <li>• Atención en agencias de atención médica en el hogar</li> <li>• Atención hospitalaria para pacientes internados</li> <li>• Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</li> <li>• Servicios educativos sobre enfermedades renales</li> <li>• Terapia de nutrición médica</li> <li>• Medicamentos recetados de Medicare Part B</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de la audición cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios preventivos cubiertos por Medicare</li> <li>• Atención de la vista cubierta por Medicare</li> <li>• Servicios del programa para el tratamiento de opiáceos</li> <li>• Visitas a otros profesionales de atención médica</li> <li>• Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</li> <li>• Observación hospitalaria ambulatoria</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> <li>• Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de podología</li> <li>• Visitas a proveedores de atención primaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de la audición cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios preventivos cubiertos por Medicare</li> <li>• Atención de la vista cubierta por Medicare</li> <li>• Servicios del programa para el tratamiento de opiáceos</li> <li>• Visitas a otros profesionales de atención médica</li> <li>• Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</li> <li>• Observación hospitalaria ambulatoria</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> <li>• Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de podología</li> <li>• Visitas a proveedores de atención primaria</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos de prótesis y ortopédicos, y suministros relacionados</li> <li>• Servicios de rehabilitación pulmonar</li> <li>• Radiación para el cáncer de mama</li> <li>• Atención en Skilled Nursing Facility (SNF, centros de enfermería especializada)</li> <li>• Visitas al especialista</li> <li>• Supervised Exercise Therapy (SET, Terapia supervisada de ejercicios)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos de prótesis y ortopédicos, y suministros relacionados</li> <li>• Servicios de rehabilitación pulmonar</li> <li>• Radiación para el cáncer de mama</li> <li>• Atención en Skilled Nursing Facility (SNF, centros de enfermería especializada)</li> <li>• Visitas al especialista</li> <li>• Supervised Exercise Therapy (SET, Terapia supervisada de ejercicios)</li> </ul>
<b>Servicios ambulatorios de radiología diagnóstica</b>	Usted paga \$300 de copago por servicios de radiología complejos (p. ej., tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, estudios de cardiología nuclear).	Usted paga \$400 de copago por servicios de radiología complejos (p. ej., tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, estudios de cardiología nuclear).
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga \$350 de copago por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.	Usted paga \$425 de copago por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
<b>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga \$20 de copago por cada sesión de terapia grupal.	Usted paga \$30 de copago por cada sesión de terapia grupal.
<b>Internaciones por observación ambulatoria</b>	Usted paga \$350 de copago por las internaciones por observación ambulatoria.	Usted paga \$425 de copago por las internaciones por observación ambulatoria.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga \$40 de copago por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios. Requiere autorización previa.	Usted paga \$35 de copago por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios. <u>No</u> se requiere autorización previa.
<b>Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga \$20 de copago por cada sesión de terapia grupal.	Usted paga \$30 de copago por cada sesión de terapia grupal.
<b>Atención en Skilled Nursing Facility (SNF, centros de enfermería especializada)</b>	Usted paga \$0 de copago por día entre los días 1-20. Usted paga \$203 de copago por día entre los días 21-100.	Usted paga \$0 de copago por día entre los días 1-20. Usted paga \$214 de copago por día entre los días 21-100.
<b>Supervised Exercise Therapy (SET, terapia supervisada de ejercicios)</b>	Usted paga \$25 de copago por este beneficio.	Usted paga \$20 de copago por este beneficio.
<b>Servicios que se necesitan de manera urgente (internacional)</b>	Usted paga \$100 de copago por este beneficio.	Usted paga \$110 de copago por este beneficio.

## Sección 1.5: Cambios a la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

### Cambios a nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina “Formulario” o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos de manera electrónica.

Realizamos cambios a nuestra Lista de medicamentos, lo que podría incluir la eliminación o adición de medicamentos, los cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o el cambio a un nivel de costo compartido diferente. **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 se cambió a un nivel diferente de costo compartido.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que lo

afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para brindarle la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos algún cambio que afectará su acceso a un medicamento que toma, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura del medicamento al comienzo del año o durante el año, revise el capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer otras opciones, como pedir una provisión temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con nuestro Equipo de asistencia a miembros para más información.

Actualmente, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica del medicamento, que se posicionará en el mismo nivel de costo compartido o uno menor, y con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca que reemplaza. Además, al agregar un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo de inmediato a un nivel de costos compartidos diferente o agregar restricciones nuevas, o ambas cosas.

Desde 2025, podemos reemplazar de inmediato los productos biológicos originales por medicamentos biológicos similares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que se reemplaza por un medicamento biológico similar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que obtenga una provisión por un mes de su producto biológico original en la farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original al mismo tiempo que hacemos el cambio, recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero es posible que lo reciba después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para acceder a las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos) también brinda información sobre medicamentos para los consumidores. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con nuestro Equipo de asistencia a miembros o pedir más información a su proveedor de salud, su médico prescriptor o su farmacéutico.

### Cambios a los costos y los beneficios de los medicamentos recetados

**Nota:** Si es parte de un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre costos para los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse a usted.** Le enviamos un suplemento separado, denominado *Enmienda de la evidencia de cobertura para personas que obtienen “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos recetados* (también conocido como *Enmienda de subsidio por bajos ingresos* o la *Enmienda LIS*), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este suplemento antes del 30 de septiembre de 2024, llame a nuestro Equipo de asistencia a miembros y solicite la *Enmienda LIS*.



A partir del 2025, tendremos tres **etapas de pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura Catastrophic. La etapa de interrupción de la cobertura y el Coverage Gap Discount Program (Programa de Descuentos por la Interrupción de la Cobertura) ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Coverage Gap Discount Program también será reemplazado por el Manufacturer Discount Program (Programa de Descuentos del Fabricante). Con el Manufacturer Discount Program, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y los medicamentos biológicos cubiertos por la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura Catastrophic. Los descuentos pagados por los fabricantes a través del Manufacturer Discount Program no cuentan a favor de los gastos de bolsillo.

**Cambios a la etapa de deducible**

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de los medicamentos del nivel de medicamentos de marca preferida (nivel 3), nivel de medicamentos no preferidos (nivel 4) y nivel de especialidad (nivel 5) hasta alcanzar el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, contra el tétanos y para viajes.</p>	<p>El deducible es de \$545.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$9 de copago en una farmacia convencional y \$0 en una farmacia preferida o de pedido por correo por los costos compartidos de los medicamentos del nivel de medicamentos genéricos preferidos (nivel 1); usted paga \$20 de copago en una farmacia convencional y \$8 en una farmacia preferida o de pedido por correo por los costos compartidos de los medicamentos del nivel de medicamentos genéricos (nivel 2); y el costo completo de los medicamentos del nivel de medicamentos de marca preferida (nivel 3), el nivel de medicamentos no preferidos (nivel 4) y nivel especializado (nivel 5) hasta que cubra el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$150.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$9 de copago en una farmacia convencional y \$0 en una farmacia preferida o de pedido por correo por los costos compartidos de los medicamentos del nivel de medicamentos genéricos preferidos (nivel 1); usted paga \$20 de copago en una farmacia convencional y \$0 en una farmacia preferida o de pedido por correo por los costos compartidos de los medicamentos del nivel de medicamentos genéricos (nivel 2); y el costo completo de los medicamentos del nivel de medicamentos de marca preferida (nivel 3), del nivel de medicamentos no preferidos (nivel 4) y del nivel especializado (nivel 5) hasta que cubra el deducible anual.</p>

**Cambios a su costo compartido en la etapa de cobertura inicial**

Para los medicamentos del nivel de medicamentos de marca preferida (nivel 3) y del nivel de medicamentos no preferidos (nivel 4), su costo compartido en la etapa de cobertura inicial cambia de un copago a un coseguro. Consulte la siguiente tabla para conocer los cambios de 2024 a 2025.

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Cuando pague el deducible anual, pasará a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y <b>usted paga la suya.</b></p> <p>Durante 2024, usted pagaba \$47 de copago por los medicamentos del nivel de medicamentos de marca preferida (nivel 3). Durante 2025, pagará un coseguro del 25% por los medicamentos en este nivel.</p> <p>Durante 2024, usted pagaba \$100 de copago por los medicamentos del nivel de medicamentos no preferidos (nivel 4). Durante 2025, pagará un coseguro del 50% por los medicamentos en este nivel.</p> <p>Cambiamos el nivel para algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes es:</p> <p><b>Nivel de medicamentos genéricos preferidos (nivel 1):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$9 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel de medicamentos genéricos (nivel 2):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$20 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$8 por receta.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes con envío por correo es \$8.</p> <p><b>Nivel de medicamentos de marca preferida (nivel 3):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$47 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes con envío por correo es \$47.</p> <p><b>Nivel de medicamentos no preferidos (nivel 4):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i></p>	<p>Su costo para un suministro de un mes es:</p> <p><b>Nivel de medicamentos genéricos preferidos (nivel 1):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$9 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel de medicamentos genéricos (nivel 2):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$20 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes con envío por correo es \$0.</p> <p><b>Nivel de medicamentos de marca preferida (nivel 3):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga el 25% del costo total.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes con envío por correo es el 25% del costo total.</p> <p><b>Nivel de medicamentos no preferidos (nivel 4):</b></p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin ningún costo para usted.</p>	<p>Usted paga \$100 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes con envío por correo es \$100.</p> <p><b>Nivel de especialidad (nivel 5):</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25% del costo total. Su costo para un suministro de un mes con envío por correo es el 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Cuando haya pagado \$8,000 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, continuará a la próxima etapa (la etapa de cobertura Catastrophic).</p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 50% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 50% del costo total. Su costo para un suministro de un mes con envío por correo es el 50% del costo total.</p> <p><b>Nivel de especialidad (nivel 5):</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 31% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 31% del costo total. Su costo para un suministro de un mes con envío por correo es el 31% del costo total.</p> <hr/> <p>Cuando haya pagado \$2,000 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, continuará a la próxima etapa (la etapa de cobertura Catastrophic).</p>

**Cambios en la etapa de cobertura Catastrophic**

La etapa de cobertura Catastrophic es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y los medicamentos biológicos cubiertos por la Parte D durante la etapa de cobertura Catastrophic. Los descuentos pagados por los fabricantes a través del Manufacturer Discount Program no cuentan a favor de los gastos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura Catastrophic, consulte la sección 6 del capítulo 6 en su *Evidencia de cobertura*.

**SECCIÓN 2: Cambios administrativos**

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Cambio de nombre de la red dental</b>	Respecto de los servicios dentales dentro de la red, use un proveedor participante de la <b>Dominion Medicare Dental Network</b> (red de servicios dentales de Dominion Medicare) para obtener cobertura dental integral y de rutina dentro de la red que no están cubiertos por Medicare Original.	Respecto de los servicios dentales dentro de la red, use un proveedor participante de la <b>AmeriHealth Medicare Dental Network</b> (red de servicios dentales de AmeriHealth Medicare) para obtener servicios dentales integrales, preventivos y de diagnóstico dentro de la red que no están cubiertos por Medicare Original.  Visite nuestra herramienta <i>Find a Dentist</i> (Encontrar un dentista) en <a href="http://www.amerihealthmedicare.com/findadentist">www.amerihealthmedicare.com/findadentist</a> para verificar si su dentista está en la red.
<b>Excepciones: Cobertura de medicamentos recetados</b>	Si aprobamos su solicitud de excepción, la autorización suele ser válida hasta finalizar el año del plan.	Si aprobamos su solicitud de excepción, la autorización suele ser válida hasta finalizar el año del plan siguiente.
<b>Pedido por correo: Resurtidos automáticos</b>	Su beneficio de medicamentos recetados no ofrece resurtidos automáticos en las recetas de pedido por correo.	Su beneficio de medicamentos recetados ofrece resurtidos automáticos en las recetas de pedido por correo.  Usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático.  Con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		<p>nuestros registros muestren que sus medicamentos están por acabarse.</p> <p>Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero aun así, quiere que la farmacia de pedido por correo le envíe sus medicamentos recetados, comuníquese con su farmacia de siete a diez días antes de que se acaben sus medicamentos. Así, se asegurará de que su pedido llegue a tiempo.</p> <p>Para inscribirse en nuestro programa de resurtido automático o para solicitar un resurtido, inicie sesión en <a href="http://www.amerihealth.com/login">www.amerihealth.com/login</a> o llame al 1-888-678-7015 (TTY/TDD: 711) en cualquier horario los siete días de la semana.</p>
<p><b>Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare</b></p>	<p>No corresponde</p>	<p>El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y que puede ayudarle a gestionar sus costos de medicamentos al distribuirlos en <b>pagos mensuales que varían durante el año</b> (enero-diciembre).</p> <p>Para saber más sobre esta</p>

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-569-5190 o visite Medicare.gov.
<p><b>Cobertura de suministro provisorio de su medicamento</b></p>	<p>En ciertas circunstancias, el plan debe proveer un suministro provisorio de un medicamento que ya está tomando. Este suministro provisorio le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.</p> <p>Para ser elegible para un suministro provisorio, el medicamento que ha estado tomando <b>ya no se debe encontrar en la Lista de medicamentos del plan O ahora tiene algún tipo de restricción.</b></p> <p><b>Si es un miembro nuevo,</b> cubriremos un suministro provisorio de su medicamento durante los primeros <b>90 días</b> de su membresía en el plan.</p> <p><b>Si estuvo en el plan el año pasado,</b> cubriremos un suministro provisorio de su medicamento durante los primeros <b>90 días</b> del año calendario.</p> <p>Este suministro provisorio se extenderá por un máximo de 30 días.</p>	<p>En ciertas circunstancias, el plan debe proveer un suministro provisorio de un medicamento que ya está tomando. Este suministro provisorio le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.</p> <p>Para ser elegible para un suministro provisorio, el medicamento que ha estado tomando <b>ya no se debe encontrar en la Lista de medicamentos del plan O ahora tiene algún tipo de restricción.</b></p> <p><b>Si es un miembro nuevo,</b> cubriremos un suministro provisorio de su medicamento durante los primeros <b>120 días</b> de su membresía en el plan.</p> <p><b>Si estuvo en el plan el año pasado,</b> cubriremos un suministro provisorio de su medicamento durante los primeros <b>120 días</b> del año calendario.</p> <p>Este suministro provisorio se extenderá por un máximo de 30 días.</p>

## SECCIÓN 3: Decidir qué plan elegir

### Sección 3.1: Si quiere quedarse en AmeriHealth Medicare Ultimate PPO

**Para quedarse en nuestro plan, no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en AmeriHealth Medicare Ultimate PPO.

### Sección 3.2: Si quiere cambiar de plan

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

#### Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede unirse a un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, necesitará decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe a un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una multa potencial por inscripción tardía a 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](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el cuadernillo *Medicare y usted 2025*, llame a su State Health Insurance Assistance Program (SHIP) (consulte la sección 5), o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

Como recordatorio, AmeriHealth Insurance Company of New Jersey ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden ser diferentes en términos de cobertura, primas mensuales e importes de costo compartido.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en un nuevo plan. Su inscripción en AmeriHealth Medicare Ultimate PPO se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en AmeriHealth Medicare Ultimate PPO se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer una de las dos siguientes opciones:
  - Envíenos una solicitud por escrito para desafiliarse. Contacte a nuestro Equipo de asistencia a miembros si necesita más información sobre cómo realizar esto.

- *O BIEN* comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para solicitar la desafiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4: Fecha límite para cambiar de plan

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original 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 del 2025.

### ¿Hay otros momentos del año para realizar un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten los cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, los que obtienen “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, los que tienen o están dejando la cobertura del empleador y los que se trasladan fuera de la zona de servicio.

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

Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializado o un centro de cuidados a largo plazo) o vive en una de ellas, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene una oportunidad para cambiar de plan o cambiar a Medicare Original por dos meses completos después del mes de la mudanza.

## SECCIÓN 5: Programas que ofrecen orientación gratuita sobre Medicare

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En New Jersey, el programa SHIP se denomina NJ SHIP.

Es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros médicos locales **gratis** a las personas con Medicare. Los asesores de NJ SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender las opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre cambiar de plan. Puede llamar a NJ SHIP al 1-800-783-7067. Puede obtener más información sobre NJ SHIP si visita su sitio web ([www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx](http://www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx)).



## SECCIÓN 6: Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir ayuda en el pago de los medicamentos recetados. Abajo, mencionamos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% de los costos de sus medicamentos o más, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para verificar si usted reúne los requisitos, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. y 7:00 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.
  - Su oficina de Medicaid estatal.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** New Jersey tiene un programa llamado Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly (PACE, Contrato de Ayuda Farmacéutica para los Ancianos) que ayuda a las personas a pagar medicamentos recetados dependiendo de su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su State Health Insurance Assistance Program.
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/sida.** El AIDS Drug Assistance Program (ADAP, Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida) ayuda a las personas que cumplen con los requisitos del ADAP y que viven con VIH/sida a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, como una prueba de residencia en el estado y condición de VIH, ingresos bajos según los define el estado y estado de persona no asegurada o subasegurada. Los medicamentos recetados de Medicare Part D que también están cubiertos por ADAP califican para recibir la asistencia de costos compartidos de la receta de la Oficina de Pennsylvania de Programas de Ayuda Médica (OMAP, Pennsylvania Office of Medical Assistance Programs). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, sobre cómo inscribirse en el programa, o si ya está inscripto, cómo continuar recibiendo la asistencia, llame a la Office of Medical Assistance Programs (OMAP, Oficina de Programas de Ayuda Médica) de Pennsylvania al 1-800-922-9384. Cuando llame, asegúrese de informar el nombre de su plan de Medicare Part D o el número de póliza.

- **Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago para que pueda gestionar sus gastos de bolsillo por sus medicamentos desde 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarle a gestionar sus costos de medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían durante el año** (enero-diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni bajará el costo de sus medicamentos.**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda del SPAP y del ADAP, para quienes cumplen los requisitos, son más ventajosas que participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para saber más sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-406-5967 o visite Medicare.gov.

## SECCIÓN 7: ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1: Obtener ayuda de AmeriHealth Medicare Ultimate PPO

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a nuestro Equipo de asistencia a miembros al 1-866-569-5190 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, en los fines de semana y días festivos comprendidos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al buzón de voz. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2025. Para obtener detalles, revise la *Evidencia de cobertura 2025* para AmeriHealth Medicare Ultimate PPO. 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 los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, [www.amerihealthmedicare.com/EOC](http://www.amerihealthmedicare.com/EOC). También puede llamar a nuestro Equipo de asistencia a miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.amerihealthmedicare.com](http://www.amerihealthmedicare.com). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

---

## Sección 7.2: Obtener ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare:

### **Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 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)). Tiene información sobre el costo, la cobertura y la clasificación de estrella de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su zona. Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare y usted 2025***

Lea el cuadernillo *Medicare y usted 2025*. Cada otoño, se envía este documento a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o si llama 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.

Cobertura AmeriHealth Medicare emitida por AmeriHealth Insurance Company of New Jersey.

AmeriHealth Medicare Dental Network administrada por Dominion Dental Services, Inc., una compañía independiente.