

Aviso annual de cambios 2025



**CHRISTUS HEALTH MEDICARE PLUS (HMO) H1189-002
CUBRE A LOS MIEMBROS EN LOS SIGUIENTES CONDADO:**

- Bernalillo
- Los Alamos
- Otero
- Rio Arriba
- Sandoval
- San Miguel
- Santa Fe
- Taos



MÉTODO

SERVICIOS PARA MIEMBROS – INFORMACIÓN DE CONTACTO

LLAME A

844.282.3026 - Las llamadas a este número son gratuitas.

El Departamento de Servicios para Miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarlo los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes. Los mensajes que haya dejado se responderán en el plazo de un día laboral. Los Servicios para Miembros también ofrecen servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY

711 Relay New Mexico

Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible para ayudarlo los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre.

FAX

469.282.3013

**ESCRIBA
A**

CHRISTUS Health Advantage, Attention: Member Services
P.O. Box 169001
Irving | TX 75016

SITIO WEB

CHRISTUShealthplan.org

THE NEW MEXICO AGING AND LONG-TERM SERVICES DEPARTMENT

El New Mexico Aging and Long-Term Services Department es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación gratis sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

MÉTODO

INFORMACIÓN DE CONTACTO

LLAME

800.432.2080 or 505.476.4799

TTY

505.476.4937

Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

**ESCRIBA
A**

New Mexico Aging and Long-Term Services Department
P.O. Box 27118
Santa Fe | NM 87502-7118

SITIO WEB

aging.nm.gov

844.282.3026 | TTY 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., hora local

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

CHRISTUShealthplan.org

CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) ofrecido por CHRISTUS Health Plan

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de CHRISTUS Health Plan Plus (HMO). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan *Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.*

Este documento describe los cambios implementados en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revisar los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información de los planes del 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasó a un nivel diferente de costo compartido o si estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad para el 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. Para encontrar apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá inscrito en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si se ha mudado recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes en que se mude.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-844-282-3026. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora local), de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora local), los 7 días a la semana. Esta llamada es gratis.
- Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra grande o audio.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)

- CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) es una HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) depende de la renovación del contrato.

- Cuando este documento dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro”, significa CHRISTUS Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan,” significa CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).
-

H1189_MC5364_C

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Aviso anual de cambios para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
• Su prima mensual del plan será <i>mayor</i> si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.	
• Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.	
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	12
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	20
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	20
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)	20
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	20
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	21
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	22
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	22
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	23
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)...	23
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	24

Resumen de costos importantes para 2025

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima podrá ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$0	\$0
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).</p>	\$4,400	\$4,000
<p>Consultas en el consultorio del médico</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$25 por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$25 por consulta</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Días 1 a 5: \$275 por día</p> <p>Días 6 a 90: \$0 por día</p> <p>Días 91 a 100: \$275 por día</p>	<p>Días 1 a 5: \$150 por día</p> <p>Días 6 a 90: \$0 por día</p> <p>Días adicionales por encima de 90: \$0 por día</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$4 de copago • Medicamentos de Nivel 2: \$10 de copago • Medicamentos de Nivel 3: \$47 de copago. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4: \$100 de copago • Medicamentos de Nivel 5: 33% de coseguro • Medicamentos de Nivel 6: \$0 de copago <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago • Medicamentos de Nivel 2: \$5 de copago • Medicamentos de Nivel 3: \$47 de copago. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4: \$100 de copago. • Medicamentos de Nivel 5: 33% de coseguro • Medicamentos de Nivel 6: \$0 de copago <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, 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).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, 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 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos), se toman en cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$4,400	\$4,000 Una vez que haya pagado \$4,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los importes que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tiene una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

En nuestro sitio web www.christushealthplan.org/find-a-provider se encuentran los directorios actualizados. Usted también puede llamar a Servicios para los miembros para conocer información actualizada sobre los proveedores y/o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio personalizado, el cual le enviaremos en tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025* www.christushealthplan.org/find-a-provider para ver si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarlo.

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

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de ambulancia</p>	<p>Usted paga un copago de \$110 por viaje solo de ida para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>Exento de copago si es hospitalizado.</p> <p>Usted paga un copago de \$110 por viaje para beneficios de ambulancia a nivel mundial cubiertos por Medicare.</p> <p>Exento de copago si es hospitalizado.</p>	<p>Usted paga un copago de \$300 por viaje solo de ida para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p><u>No</u> se exime el copago si es hospitalizado.</p> <p>Usted paga un copago de \$300 por viaje para beneficios de ambulancia a nivel mundial cubiertos por Medicare.</p> <p><u>No</u> se exime el copago si es hospitalizado.</p>
<p>Servicios quiroprácticos de rutina</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por visita, para visita de quiropráctica de rutina, limitadas a 36 visitas por año.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por visita, para visita de quiropráctica de rutina, limitadas a 24 visitas por año.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicio preventivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales: 1 examen cada 6 meses • Profilaxis: 1 visita cada 6 meses para limpieza de los dientes • Tratamiento con flúor: 1 visita cada 6 meses • Radiografías: Una vez cada año <p>El máximo anual combinado preventivo e integral es de \$2,000.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por servicios dentales integrales hasta el máximo anual.</p> <p>Los servicios dentales integrales son servicios no rutinarios, de diagnóstico, de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicio preventivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales: 2 visitas cada año • Profilaxis: 3 visita cada año para limpieza de los dientes • Tratamiento con flúor: 2 visitas cada año • Radiografías: Una vez cada año • Otros servicios dentales preventivos ilimitados • Servicios dentales de diagnóstico ilimitados <p>El máximo anual combinado preventivo e integral es de \$2,000</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por servicios dentales integrales hasta el máximo anual.</p> <p>Los servicios dentales integrales son servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, servicios para implantes, prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios generales complementarios.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales (continuación)</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por consulta dental cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por consulta dental cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Usted paga un copago de \$65 por consultas en la sala de emergencia cubiertas por Medicare.</p> <p>Exento de copago si es hospitalizado dentro de 24 horas.</p>	<p>Usted paga un copago de \$125 por consultas en la sala de emergencia cubiertas por Medicare.</p> <p>Exento de copago si es hospitalizado dentro de 24 horas.</p>
<p>Atención de emergencia a nivel mundial</p>	<p>Usted paga un copago de \$65 por consultas en la sala de emergencia cubiertas por Medicare a nivel mundial.</p> <p>Exento de copago si es hospitalizado.</p>	<p>Usted paga un copago de \$125 por consultas en la sala de emergencia cubiertas por Medicare a nivel mundial.</p> <p><u>No</u> se exime el copago si es hospitalizado.</p>
<p>Servicios para la audición</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 para los servicios auditivos cubiertos por Medicare por examen.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por examen auditivo de rutina, limitado a 1 por año.</p> <p>Las adaptaciones/ evaluaciones para dispositivos auditivos <u>no</u> están cubiertas.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 para los servicios auditivos cubiertos por Medicare por examen.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por examen auditivo de rutina, limitado a 1 por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por adaptaciones/ evaluaciones ilimitadas para dispositivos auditivos.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios para la audición		
(continuación)		
Dispositivos auditivos recetados	\$1,000 de asignación para dispositivo auditivo por oído cada 2 años.	Usted paga un copago de \$395 a \$1,595 por dispositivo auditivo por año. El copago depende del nivel de tecnología del dispositivo auditivo.
Dispositivos auditivos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)	Los dispositivos auditivos de venta libre <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$95 a \$295 por dispositivo auditivo por año a través del proveedor contratado. El copago depende del nivel de tecnología del dispositivo auditivo. Los dispositivos auditivos recetados y de venta libre tienen un límite combinado de 2 por año.
Hospitalizaciones	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$275 por día para los días 1 a 5. • Copago de \$0 por día para los días 6 a 90. • Copago de \$275 por día para los días 91 a 100. <p>Límite de 100 días con 60 días adicionales de reserva.</p>	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$150 por día para los días 1 a 5. • Copago de \$0 por día para los días 6 a 90. • Copago de \$0 para días adicionales ilimitados después de 90 días.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Otros proveedores de atención médica</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por otras consultas con un proveedor de atención médica cubiertas por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por otras consultas con un proveedor de atención primaria cubiertas por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por otras consultas cubiertas por Medicare a proveedores que no sean de atención primaria.</p>
<p>Servicios ambulatorios de sangre</p>	<p>Usted paga un copago de \$150 por unidad para los servicios para sangre cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por unidad para los servicios para sangre cubiertos por Medicare.</p>
<p>Cirugía ambulatoria hospitalaria y servicios de observación</p>	<p>Usted paga un copago de \$250 por servicios hospitalarios ambulatorios y servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por una colonoscopia de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga un copago de \$300 por una cirugía cubierta por Medicare realizada en hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga un copago de \$300 por servicios de observación hospitalaria ambulatoria cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en centros quirúrgicos ambulatorios</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por servicios para pacientes ambulatorios en centros quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por una colonoscopia de diagnóstico en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Usted paga un copago de \$275 por servicios de cirugía cubiertos por Medicare proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>
<p>Servicios de terapia radiológica para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por servicios de terapia radiológica para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un coaseguro de 20% por los servicios de terapia radiológica para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Productos de venta libre (OTC)</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$150 por trimestre para medicamentos y productos de venta libre pedidos a través de Convey.</p> <p>La terapia de reemplazo de nicotina (NRT, por sus siglas en inglés) y la Naloxona <u>no</u> están cubiertos por este beneficio.</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$205 por trimestre para medicamentos y productos de venta libre pedidos a través de Convey.</p> <p>La terapia de reemplazo de nicotina (NRT, por sus siglas en inglés) y la Naloxona <u>no</u> están cubiertos por este beneficio.</p>
<p>Servicios de podología de rutina</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios ilimitados de rutina para el cuidado de los pies.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de rutina para el cuidado de los pies limitados a 6 visitas por año.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 para los días 1 a 20. • Copago de \$150 para los días 21 a 100. 	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 para los días 1 a 20. • Copago de \$214 para los días 21 a 100.
<p>Servicios de transporte</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por 24 viajes de ida y vuelta al año a una ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan.</p> <p>Hasta 100 millas por viaje de ida.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 para 48 viajes solo de ida al año a una ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan.</p> <p>Hasta 100 millas por viaje de ida.</p>
<p>Servicios urgentemente necesarios</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por las visitas de cobertura urgente cubiertas por Medicare.</p> <p><u>No</u> se exime el copago si es admitido en un hospital.</p> <p>Usted paga un copago de \$65 por las visitas de cobertura urgente cubiertas por Medicare a nivel mundial.</p> <p>Exento de copago si es hospitalizado.</p> <p>La atención de urgencia por telesalud <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por las visitas de cobertura urgente cubiertas por Medicare.</p> <p><u>No</u> se exime el copago si es admitido en un hospital.</p> <p>Usted paga un copago de \$125 por visita de cobertura urgente cubierta por Medicare.</p> <p><u>No</u> se exime el copago si es hospitalizado.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por atención de urgencia por telesalud.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Atención de la vista	<p>Usted paga un copago de \$0 por exámenes oculares cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por exámenes oculares de rutina.</p> <p>Hay un límite de beneficio de \$225 para anteojos de rutina (montura/lentes), lentes de anteojos, monturas de anteojos o lentes de contacto por año calendario.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por exámenes oculares cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por exámenes oculares de rutina.</p> <p>Hay un límite de beneficio de \$300 para anteojos de rutina (montura/lentes), lentes de anteojos, monturas de anteojos o lentes de contacto por año calendario.</p>

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestro listado de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Listado de Medicamentos”. Una copia de nuestra “Lista de medicamentos” ha sido enviada en formato electrónico. **Puede obtener la “Lista de medicamentos” completa** llamando a Servicios para los Miembros (consulte la contratapa) o visitando nuestro sitio web (www.christushealthplan.org).

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, incluidos eliminar o agregar medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o cambiarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo o si su medicamento ha sido cambiado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la “Lista de medicamentos” se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea al menos cada mes para brindarle la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afecte su acceso al medicamento que está tomando, el enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para

encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por una nueva versión genérica del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca que reemplaza. Además, al agregar un genérico nuevo, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

A partir del 2025, podemos sustituir inmediatamente productos biológicos originales por ciertos productos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un producto biológico original que será reemplazado por un producto biosimilar, ya no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo apliquemos ni recibirá un suministro mensual de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original al momento en que hagamos el cambio, aún recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero el aviso le puede llegar después de que apliquemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamento pueden ser nuevos para usted. Para encontrar la definición de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) también brinda información sobre medicamentos a 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 Servicios para los Miembros o pedirle más información a su proveedor de atención médica, profesional autorizado para emitir recetas o farmacéutico.

Cambios en los costos y beneficios de medicamentos con receta

Aviso: Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le corresponda**. Hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominado como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este inserto con este paquete, llame a Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial, y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para la Etapa del período sin cobertura ya no existen en el beneficio de medicamentos de la Parte D.

El Programa de descuentos para la Etapa del período sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuentos del fabricante. Con el Programa de descuentos del fabricante, los

fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo de los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de la cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes con el Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los gastos que paga de su bolsillo.

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2025 en relación con 2024.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p> <p>La mayoría de vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes es:</p> <p>Nivel 1 (Genérico preferido): Usted paga \$4 por receta.</p> <p>Nivel 2 de (Genérico): Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Nivel 3 (Marca preferida): Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 (Marca no preferida):</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes es:</p> <p>Nivel 1 (Genérico preferido): Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 de (Genérico): Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Nivel 3 (Marca preferida): Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 (Marca no preferida):</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5 (Especialidad):</p> <p>Usted paga el 33% de los costos totales.</p> <p>Nivel 6 (Atención selecta):</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5 (Especialidad):</p> <p>Usted paga el 33% de los costos totales.</p> <p>Nivel 6 (Atención selecta):</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo para medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir del 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo de los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes con el Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los gastos que paga de su bolsillo.

Si usted alcanza la tapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare</p>	<p>No aplica</p>	<p>El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a controlar los costos de los medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).</p> <p>Para conocer más acerca de esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-845-1803 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2025, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- – *O* – puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá 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 una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (vea la Sección 5) o llame a Medicare (vea la Sección 7.2).

Como recordatorio, CHRISTUS Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
 - – *O* – puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

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

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

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

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En New Mexico, el SHIP se llama New Mexico Aging and Long-Term Services Department.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de **forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del New Mexico Aging and Long-Term Services Department pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al New Mexico Aging and Long-Term Services Department al 1-800-432-92080 o 505-476-4799. Puede conocer más acerca del New Mexico Aging and Long-Term Services Department al visitar su sitio web en (<https://nmaging.state.nm.us/>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o

- Su Oficina Estatal de Medicare.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** New Mexico tiene un programa denominado New Mexico Drug Card Program que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia del estado, y el estatus de VIH, comprobante de bajos ingresos tal como se define el estado y el estatus de falta de seguro/seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta del Programa de servicios para el VIH de New Mexico (New Mexico HIV Medication Program). Para encontrar información acerca de los requisitos de elegibilidad, cómo inscribirse en el programa o cómo seguir recibiendo asistencia si actualmente está inscrito, llame al 1-505-938-7100 o vaya a su sitio web (<https://www.nmhealth.org>). Cuando llame asegúrese de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o número de la póliza.
- **Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a controlar los costos que paga de su bolsillo por medicamentos, a partir del 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a gestionar los costes de sus medicamentos repartiéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a controlar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos.**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de los programas SPAP y ADAP para aquellos que califican es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros elegibles para participar en esta opción de pago, sin importar el nivel de ingreso, y todos los planes de medicamentos de Medicare y todos los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos con receta deben ofrecer esta opción de pago. Para conocer más acerca de esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-844-282-3026 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-282-3026. (Solo los servicios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir

llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., (hora local), de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., (hora local), los 7 días a la semana. Las llamadas a este número son gratis.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* para CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org/member-resources/forms-documents. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*/"*Lista de medicamentos*").

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

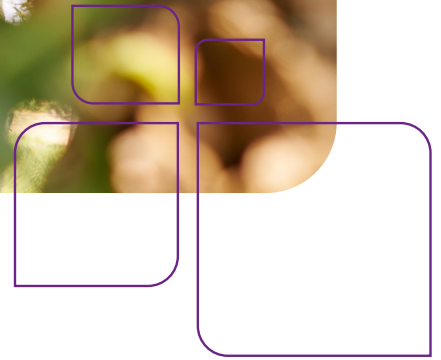
Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare & You 2025* (*Medicare y Usted 2025*)

Lea el manual *Medicare & You 2025* (*Medicare y Usted 2025*). Cada otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



844.282.3026 | TTY 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., hora local

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes viernes, de 8 a. m. a 8 p.m., hora local

CHRISTUShealthplan.org