

Samaritan Dual Advantage (HMO)(D-SNP) ofrecido por Samaritan Health Plans

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, está inscrito como miembro de Samaritan Dual Advantage. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para ver un resumen de costos importantes, incluida la prima.**

En este documento, se informan los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que está en nuestro sitio web samhealthplans.org/Advantage. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente y pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Qué hacer ahora

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

- ☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan a usted.
 - Consulte los cambios en los costos de la atención médica (médicos, hospitales).
 - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, lo que incluye restricciones de cobertura y costo compartido.
 - Piense en 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 estén cubiertos.
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o un límite de cantidad, para 2025.
- ☐ Compruebe si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- ☐ Verifique si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.
- ☐ Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes.

- ☐ Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista la parte posterior de su manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.

- ☐ Una vez que haya encontrado su plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiarse de plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Samaritan Dual Advantage.
- Si quiere cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1. de enero de 2025**. Esto cancelará su inscripción en Samaritan Dual Advantage.
- Consulte la página 14 de la Sección 3.2 para obtener más información acerca de sus opciones.
- Si se ha mudado recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados prolongados), puede cambiar de plan o pasarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si hace poco se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Otros recursos

- Para obtener más información, llame al Servicio de Atención al Cliente al 866-207-3182. (Los usuarios de TTY deben llamar al 800-735-2900). Los horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. todos los días, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, en braille, en tamaño de letra grande, en 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 de cuidado de salud a bajo precio (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Samaritan Dual Advantage

- Samaritan Advantage Health Plans es una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) con un contrato con Medicare. La inscripción en Samaritan Advantage Health Plans depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con el programa de Medicaid del plan de salud de Oregón para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando en este documento se usa “nosotros”, “nos” o “nuestro”, quiere decir Samaritan Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Samaritan Dual Advantage.

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	6
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	7
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..	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	14
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 3.1: Si desea quedarse en Samaritan Dual Advantage	14
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	14
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan.....	15
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	16
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	16
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	17
Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Samaritan Dual Advantage	17
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	18
Sección 7.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid	18

Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla se comparan los costos de 2024 y los costos de 2025 de Samaritan Dual Advantage en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud del plan de salud de Oregón (Medicaid), paga \$0 por sus deducibles, consultas en el consultorio médico y hospitalizaciones como paciente internado.

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$40.60	\$26.10
Deducible	\$240 (excepto por la insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero). Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud del plan de salud de Oregón (Medicaid), paga \$0.	\$257 (excepto por la insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero). Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud del plan de salud de Oregón (Medicaid), paga \$0.
Consultas en el consultorio médico	Consultas de atención primaria: 0% o 20% por consulta Consultas con un especialista: 0% o 20% por consulta Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud del plan de salud de Oregón (Medicaid), paga \$0 por consulta.	Consultas de atención primaria: 0% o 20% por consulta Consultas con un especialista: 0% o 20% por consulta Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud del plan de salud de Oregón (Medicaid), paga \$0 por consulta.

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Estancias hospitalario para pacientes internados	Deducible de \$0 o \$1,632 por cada periodo de beneficios. \$0 por día para los días 1 a 60. \$408 por día para los días 61 a 90. Copago de \$0 para los días 91 en adelante. No hay un límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada periodo de beneficios definido. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud del plan de salud de Oregón (Medicaid), paga \$0.	Deducible de \$0 o \$1,676 por cada periodo de beneficios. \$0 por día para los días 1 a 60. \$419 por día para los días 61 a 90. Copago de \$0 para los días 91 en adelante. No hay un límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada periodo de beneficios definido. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud del plan de salud de Oregón (Medicaid), paga \$0.
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).	Deducible: \$545, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Copago/coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial: - Medicamentos genéricos/preferidos/d e varias fuentes: \$0/\$1.55/\$4.50 por receta. - Todos los demás medicamentos: \$0/\$4.60/\$11.20 por receta.	Deducible: \$590, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: - Medicamentos genéricos/preferidos/d e varias fuentes: \$0/\$1.60/\$4.90 por receta. - Todos los demás medicamentos: \$0/\$4.80/\$12.15 por receta.

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	Cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.	Cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$8,300 Si es elegible para recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al plan de salud de Oregón (Medicaid), no es responsable de pagar los costos de su propio bolsillo para la cantidad máxima que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$9,350 Si es elegible para recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al plan de salud de Oregón (Medicaid), no es responsable de pagar los costos de su propio bolsillo para la cantidad máxima que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague por usted el plan de salud de Oregón (Medicaid).	\$40.60	\$26.10

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

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año.

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Como nuestros miembros también reciben asistencia del plan de salud de Oregón (Medicaid), muy pocos alcanzan este desembolso máximo. Si es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, no será responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$8,300	\$9,350 Una vez que haya pagado \$9,350 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hay directorios actualizados en nuestro sitio web en samhealthplans.org/Advantage. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o para pedirnos que le enviemos un directorio por correo. Le enviaremos dicho directorio por correo dentro de los tres días hábiles siguientes.

Para el próximo año, habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2025 samhealthplans.org/Advantage para verificar si sus proveedores**

(proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias 2025* samhealthplans.org/Advantage para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos cambiar los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si se ve afectado por un cambio a mitad de año en nuestros proveedores, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para que podamos brindarle ayuda.

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

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

Haremos cambios en los costos y beneficios para determinados servicios médicos el año próximo. La siguiente información describe estos cambios.

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios odontológicos	Beneficio no cubierto	Límite del beneficio combinado de \$1,000 para los servicios odontológicos preventivos e integrales, audífonos y suministros, y anteojos de rutina. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, limpiezas, extracciones, exámenes bucales, blanqueamientos dentales y radiografías bucales. La ortodoncia no es un beneficio cubierto.

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de emergencia	Paga un copago de \$0 a \$90 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Paga un copago de \$0 a \$90 por la atención de emergencia en todo el mundo.	Paga un coseguro de 0% o 20% del costo hasta \$110 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Paga un copago de \$0 a \$110 por la atención de emergencia en todo el mundo.
Educación sobre la salud	Paga \$0 por las clases de educación sobre salud a través de Samaritan Health Services. Asesoramiento en salud: Hasta 3 sesiones en una instalación de SamFit solamente.	Beneficio no cubierto
Audífonos	Límite del beneficio de \$750 para audífonos, reparaciones y suministros.	Límite del beneficio combinado de \$1,000 para los audífonos y suministros, servicios odontológicos preventivos e integrales, y anteojos de rutina.
Beneficio para productos de venta libre (OTC)	Tiene una asignación de \$175 por trimestre para productos de venta libre. El monto sin usar no se traslada al próximo trimestre.	Tiene una asignación de \$132 por trimestre para productos de venta libre. El monto sin usar no se traslada al próximo trimestre.
Anteojos de rutina	Límite del beneficio de \$175 cada año calendario para lentes de contacto o anteojos (marcos, lentes y actualizaciones).	Límite del beneficio combinado de \$1,000 para anteojos de rutina, audífonos y suministros, servicios odontológicos preventivos e integrales.

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de telesalud	Paga un copago de \$0 por las consultas de telesalud con un médico de atención primaria.	Paga un copago de \$0 por las consultas de telesalud con un médico de atención primaria, especialista, consultas de fisioterapia, terapia ocupacional o del habla y atención ambulatoria de salud mental
Servicios de atención de urgencia	Paga 0% o 20% de coseguro del costo hasta \$55 para cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare.	0% o 20% de coseguro del costo hasta \$45 para cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se le proporciona electrónicamente. **Para obtener la Lista de medicamentos completa** llame al Servicio de Atención al Cliente o visite nuestro sitio web (samhealthplans.org/Advantage).

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos 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 alguna restricción o si su medicamento pasó a un nivel de costo diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos. Si realizamos un cambio que afecte el acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

Actualmente, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión de medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca reemplazado. Además, al añadir un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o añadir nuevas restricciones, o ambas cosas.

A partir de 2025, podemos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con ciertos biosimilares. Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un producto biológico original que es reemplazado por un biosimilar, es posible que no obtenga un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni obtenga un suministro mensual de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, obtendrá la información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que el cambio esté hecho.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener una definición de tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información sobre los 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 el Servicio de Atención al Cliente o solicitar más información a su proveedor de atención médica, dispensador o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

Nota: Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no se aplique a usted.** Le enviamos un anexo 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 denominada *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en la que se le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este documento antes del 30 de septiembre, llame al Servicio de Atención al Cliente y pida la *Cláusula adicional LIS*.

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

El Programa de descuentos para el periodo sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuentos de fabricantes. En el Programa de descuentos de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de descuentos de fabricantes no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Cambios en la etapa de deducible

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

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que paga el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo. Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.	La cantidad de días de un suministro para un mes es 34. Su costo por un suministro para un mes: Medicamentos genéricos/preferidos/de varias fuentes: Paga \$0/\$1.55/\$4.50 por medicamento con receta. Todos los demás medicamentos: Paga \$0/\$4.60/\$11.20 por medicamento con receta. Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la etapa de periodo sin cobertura).	La cantidad de días de un suministro para un mes es 30. Su costo por un suministro para un mes: Medicamentos genéricos/preferidos/de varias fuentes: Paga \$0/\$1.60/\$4.90 por medicamento con receta. Todos los demás medicamentos: Paga \$0/\$4.90/\$12.15 por medicamento con receta. Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D, avanzará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por 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 bajo el Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

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)
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	No corresponde	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 866-207-3182 o ingrese en Medicare.gov.
Proveedores de atención primaria (PCP)	No es necesario que elija un PCP.	Debe elegir un PCP para que brinde y supervise su atención médica.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea quedarse en Samaritan Dual Advantage

Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si no se registra en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito en Samaritan Dual Advantage.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- Puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, debe decidir si desea tener un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), consulte el manual *Medicare & You* (Medicare y usted) 2025, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, Samaritan Health Plans ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Samaritan Dual Advantage.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Samaritan Dual Advantage.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente.
 - *O BIEN*, póngase en contacto con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar 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.º de enero de 2025.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, los cambios también están permitidos en otros momentos del año. Por ejemplo, pueden tener esta posibilidad las personas que tienen el plan de salud de Oregón (Medicaid), que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, que tienen cobertura de su empleador o que la van a abandonar, o bien que se trasladan fuera del área de servicios.

Debido a que tiene el plan de salud de Oregón (Medicaid), puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, incluso:

- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos con receta de Medicare.
- Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione Medicare y todos o la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage antes del 1.º de enero de 2025 y no le gusta su elección de plan, también 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 de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si hace poco se ha mudado a una institución o está viviendo en ella (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 la cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte) en cualquier momento. Si hace poco se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores formados en todos los estados. En Oregon, el SHIP se denomina Asistencia sobre los Beneficios del Seguro Médico en Personas Mayores (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIBA pueden ayudarlo con sus preguntas o los problemas respecto de Medicare. También podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a SHIBA al 800-722-4134. Puede obtener más información sobre el programa SHIBA en su sitio web (shiba.oregon.gov).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del plan de salud de Oregon, comuníquese con la Autoridad de Salud de Oregon al 800-273-0557, los usuarios de TTY deben llamar al 711, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Averigüe cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura del plan de salud de Oregon (Medicaid).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que tiene el plan de salud de Oregon (Medicaid), ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también conocida como subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de los medicamentos con receta, algunos deducibles anuales y coseguros. Como usted reúne los requisitos, no tiene una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - Un representante de la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - Su oficina del plan de salud de Oregon (Medicaid).

- **Asistencia de gastos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA accedan a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia para el costo compartido de medicamentos con receta a través de CAREassist al 971-673-0144. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, o si está inscrito para continuar recibiendo asistencia, llame a CAREassist al 971-673-0144. Al llamar, no olvide informar el nombre o el número de póliza del plan de la Parte D de Medicare.
- **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 que le ayudará a administrar los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) y Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), para aquellos que califican, es más conveniente que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta 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 obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 866-207-3182 o ingrese en Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Samaritan Dual Advantage

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio de Atención al Cliente al 866-207-3182. (Solo para TTY, llame al 800-735-2900). Recibimos llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. todos los días, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

En este *Aviso anual de cambios*, se le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* de Samaritan Dual Advantage. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Se explican sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en samhealthplan.org/Advantage. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente y pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en samhealthplans.org/Advantage. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar 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:

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 de Medicare (www.medicare.gov). Allí encontrará información sobre los costos, la cobertura y la clasificación por estrellas de la calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, ingrese en www.medicare.gov/plan-compare.

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

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

Sección 7.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información del plan de salud de Oregón (Medicaid) puede llamar a la Autoridad de Salud de Oregón (Oregon Health Authority, OHA) al 800-273-0557. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.