

## ***Sentara Medicare Value (HMO) ofrecido por Sentara Health Plans***

# **Aviso anual de cambios para 2025**

Actualmente está inscrito como miembro de Sentara Medicare Value (HMO). El siguiente año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte el resumen de los costos importantes, incluida la prima, en la página 5.**

Este documento habla sobre los cambios en el plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [sentaramedicare.com/documents](https://sentaramedicare.com/documents). También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

- **Puede hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**

---

### **Qué debe hacer ahora**

#### **1. PREGUNTAR: ¿Qué cambios se aplican a usted?**

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

## 2. COMPARAR: Conozca otras opciones del plan

- Corrobore la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o consulte la lista en la parte posterior del manual *Medicare y usted de 2025*. Para apoyo adicional, puede comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (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. ELEGIR: Decida si desea cambiar de plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Sentara Medicare Value.
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. De este modo, finalizará su inscripción en *Sentara Medicare Value*.
- Si ha ingresado hace poco o reside actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que salió.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios al Miembro al 1-800-927-6048 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Virginia al 1-800-828-1120 o al 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este (ET). Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., ET. Fuera de estos horarios, nuestro sistema interactivo de respuesta de voz le permite obtener información sobre muchos temas relacionados con su plan. Esta llamada es gratuita.
- Esta información se encuentra disponible en otros formatos, como letras grandes y audio.
- **La cobertura en virtud de este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC)**, y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### **Acerca de Sentara Medicare Value**

- Sentara Medicare es un plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con un contrato de Medicare. La inscripción en Sentara Medicare depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice «nosotros», o «nuestro», significa Sentara Health Plans. Cuando dice «plan» o «nuestro plan», significa Sentara Medicare Value.

**H2563\_SEN\_2025\_ANOC\_Value\_008\_M SP File & Use 09162024**

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

<b>Summary of Important Costs for 2025 .....</b>	<b>5</b>
<b>SECTION 1 Changes to Benefits and Costs for Next Year .....</b>	<b>8</b>
Section 1.1 – Changes to the Monthly Premium.....	8
Section 1.2 – Changes to Your Maximum Out-of-Pocket Amount .....	8
Section 1.3 – Changes to the Provider and Pharmacy Networks .....	9
Section 1.4 – Changes to Benefits and Costs for Medical Services.....	10
Section 1.5 – Changes to Part D Prescription Drug Coverage .....	13
<b>SECTION 2 Administrative Changes .....</b>	<b>20</b>
<b>SECTION 3 Deciding Which Plan to Choose.....</b>	<b>21</b>
Section 3.1 – If you want to stay in <i>Sentara Medicare Value</i> .....	21
Section 3.2 – If you want to change plans .....	21
<b>SECTION 4 Deadline for Changing Plans.....</b>	<b>22</b>
<b>SECTION 5 Programs That Offer Free Counseling about Medicare .....</b>	<b>22</b>
<b>SECTION 6 Programs That Help Pay for Prescription Drugs .....</b>	<b>23</b>
<b>SECTION 7 Questions?.....</b>	<b>24</b>
Section 7.1 – Getting Help from <i>Sentara Medicare Value</i> .....	24
Section 7.2 – Getting Help from Medicare .....	25

## Resumen de los costos importantes para 2025

En la siguiente tabla se comparan los costos de 2024 y 2025 para Sentara Medicare Value en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
<b>Monto máximo de desembolso directo</b> Este es el monto máximo que pagará como desembolso directo por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para obtener detalles).	\$3,500	\$4,300
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Visitas al médico de atención primaria: Copago de \$0 por visita Visitas a especialistas: Copago de \$20 por visita	Visitas al médico de atención primaria: Copago de \$0 por visita Visitas a especialistas: Copago de \$15 por visita
<b>Estadías hospitalarias de pacientes internados</b>	Copago de \$250 por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para el día 6 en adelante Periodo de beneficio de 60 días	\$275 de copago por día para los días 1-5 \$0 de copago por día para el día 6 en adelante Periodo de beneficio de 60 días
<b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la sección 1.5 para obtener detalles).	Deducible: \$150; se aplica a los medicamentos de los niveles 4 y 5, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.	Deducible: \$150; se aplica a los medicamentos de los niveles 4 y 5, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial, por un suministro para un mes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos de nivel 1: <i>Estándar:</i> copago de \$5 <i>Preferido:</i> copago de \$0</li> <li>• medicamentos de nivel 2: <i>Estándar:</i> copago de \$15 <i>Preferido:</i> copago de \$10</li> <li>• medicamentos de nivel 3: <i>Estándar:</i> copago de \$47 <i>Preferido:</i> \$42 de copago Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Medicamentos de nivel 4: <i>Estándar:</i> copago de \$100 <i>Preferido:</i> \$95 de copago Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Medicamentos de nivel 5: <i>Estándar:</i> coseguro del 30 % <i>Preferido:</i> 30 % de coseguro</li> <li>• Medicamentos de nivel 6: <i>Estándar:</i> N/C <i>Preferido:</i> N/C</li> </ul> <p>Cobertura catastrófica:</p>	<p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial, por un suministro para un mes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos de nivel 1: <i>Estándar:</i> copago de \$5 <i>Preferido:</i> copago de \$0</li> <li>• Medicamentos de nivel 2: <i>Estándar:</i> \$20 de copago <i>Preferido:</i> \$10 de copago</li> <li>• medicamentos de nivel 3: <i>Estándar:</i> copago de \$47 <i>Preferido:</i> \$42 de copago Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Medicamentos de nivel 4: <i>Estándar:</i> copago de \$100 <i>Preferido:</i> \$95 de copago Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Medicamentos de nivel 5: <i>Estándar:</i> 31 % de coseguro <i>Preferido:</i> 31 % de coseguro</li> <li>• Medicamentos de nivel 6: <i>Estándar:</i> \$0 de copago <i>Preferido:</i> \$0 de copago</li> </ul> <p>Cobertura catastrófica:</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de los medicamentos cubiertos de la Parte D <b>y para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</b> No paga nada.</li> <li>• Es posible que pague costo compartido para los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D <b>y para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</b></li> <li>• Es posible que pague costo compartido para los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</li> </ul>

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

### Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

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

- Su prima mensual del plan será *más alta* si debe pagar una penalización por inscripción tardía de por vida de la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como «cobertura acreditable») durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

### Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de desembolso directo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga como desembolso directo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de desembolso

directo. Una vez que alcance este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Monto máximo de desembolso directo</b> Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de desembolso directo. Sus costos de medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo de desembolso directo.	\$3,500	\$4,300 Una vez que haya pagado \$4,300 como desembolso directo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

### Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que usted paga por los medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que pueden ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories](https://sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories). También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o para solicitarnos que le enviemos un directorio, el cual le enviaremos por correo en tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de proveedores de 2025** [sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories](https://sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el Directorio de farmacias de 2025** [sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories](https://sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories) para ver qué farmacias están en nuestra red.

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si le afecta un cambio de proveedores a mitad de año, comuníquese con Servicios al Miembro para que podamos ayudarlo.

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

El próximo año cambiaremos los costos y los beneficios de ciertos servicios médicos. Los cambios se describen a continuación.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios en centros quirúrgicos ambulatorios (ASC) (Centro quirúrgico ambulatorio)	Usted paga \$255 de copago por este beneficio.	Usted paga \$200 de copago por este beneficio.
Enemas de bario	No se requiere autorización para este beneficio.	Se puede requerir autorización para este beneficio.
Odontología integral	Usted paga \$25 de copago por este beneficio.	Usted paga \$35 de copago por este beneficio.
Servicios quiroprácticos (atención de rutina)	No se requiere autorización para este beneficio.	Se puede requerir autorización para este beneficio.
Insumos para diabetes (cubierto por Medicare)	Usted paga \$0 de copago por este beneficio.  Las tiras reactivas para diabéticos están limitadas a 120 al mes.	Usted paga un 20 % del costo total.  Las tiras reactivas para diabéticos están limitadas a 90/mes.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes (DSMT)	No se requiere autorización para este beneficio.	Se puede requerir autorización para este beneficio.
Exámenes digitales del recto	No se requiere autorización para este beneficio.	Se puede requerir autorización para este beneficio.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Electrocardiograma (ECG) después de la visita de bienvenida	No se requiere autorización para este beneficio.	Se puede requerir autorización para este beneficio.
Servicios de emergencia/posteriores a la estabilización	Usted paga \$90 de copago por este beneficio.	Usted paga \$125 de copago por este beneficio.
Prueba de detección de glaucoma	No se requiere autorización para este beneficio.	Se puede requerir autorización para este beneficio.
Asignación para comestibles	Usted tiene \$100 de asignación cada mes para gastar en productos comestibles aprobados por el plan. Si no utiliza todo el monto mensual de su beneficio de comestibles cuando realiza el pedido, el saldo restante no se transferirá al siguiente mes.	Usted tiene \$50 de asignación cada mes para gastar en productos comestibles aprobados por el plan. Si no utiliza todo el monto mensual de su beneficio de comestibles cuando realiza el pedido, el saldo restante no se transferirá al siguiente mes.
Servicios de apoyo domiciliarios	Recibirá 90 horas de servicio.  No se requiere autorización para este beneficio.	Recibirá 40 horas de servicio.  Se puede requerir autorización para este beneficio.
Servicios de hospitalización para pacientes hospitalizados agudos	Usted paga \$250 de copago por los días 1-5. Usted paga \$0 de copago por los días 6-90.	Usted paga \$275 de copago por los días 1-5. Usted paga \$0 de copago por los días 6-90.
Servicios de hospitalización para pacientes hospitalizados psiquiátricos	Usted paga \$250 de copago por los días 1-5. Usted paga \$0 de copago por los días 6-90.	Usted paga \$275 de copago por los días 1-5. Usted paga \$0 de copago por los días 6-90.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicio de educación sobre enfermedades renales	No se requiere autorización para este beneficio.	Se puede requerir autorización para este beneficio.
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	No se requiere autorización para este beneficio.	Se puede requerir autorización para este beneficio.
Examen de audición cubierto por Medicare	Usted paga \$25 de copago por este beneficio.  No se requiere autorización para este beneficio.	Usted paga \$20 de copago por este beneficio.  Se puede requerir autorización para este beneficio.
Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare	No se requiere autorización para este beneficio.	Se puede requerir autorización para este beneficio.
Artículos de venta libre (OTC)	\$100 de asignación trimestral	\$181 de asignación trimestral
Otro profesional de atención médica	Usted paga \$0-\$20 de copago por este beneficio.	Usted paga un rango de \$0-\$25 de copago por este beneficio.
Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	No se requiere autorización para este beneficio.	Se puede requerir autorización para este beneficio.
Fisioterapia	Usted paga \$10 de copago por este beneficio.	Usted paga \$25 de copago por este beneficio.
Servicios de médicos especialistas	Usted paga un copago de \$20 por este beneficio.	Usted paga \$15 de copago por este beneficio.

Servicios de podología (cubierto por Medicare)	No se requiere autorización para este beneficio.	Se puede requerir autorización para este beneficio.
Servicios de podología: Atención de los pies de rutina	Usted paga \$20 de copago, 8 visitas por año.	Sin cobertura
Estadía en un establecimiento de enfermería especializada (SNF) cubierta por Medicare	Usted paga \$0 de copago por los días 1-20. Usted paga \$203 de copago por los días 21-100.	Usted paga \$0 de copago por los días 1-20. Usted paga \$214 de copago por los días 21-100.
Servicios de patología del habla y el lenguaje	Usted paga \$10 de copago por este beneficio.	Usted paga \$25 de copago por este beneficio.
Servicios de urgencia	Usted paga \$10 de copago por este beneficio.	Usted paga \$15 de copago por este beneficio.
Diseño del Seguro Basado en el Valor (VBID): Recompensas e incentivos: Manejo del tratamiento farmacológico	Puede recibir una recompensa de \$50 por completar el manejo del tratamiento farmacológico	Sin cobertura
Cobertura de emergencia mundial/urgencia	Usted paga \$0 de copago por este beneficio.	Usted paga \$50 de copago por este beneficio.

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

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario de medicamentos o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra «Lista de medicamentos», que pueden incluir la eliminación o la incorporación de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o su traslado 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 ver si habrá alguna restricción o si su medicamento se ha cambiado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* son novedad para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que lo afecten durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos mensualmente para brindar la lista más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará el acceso a un medicamento que usted toma, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

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

A partir de 2025, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca o productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, los reemplazamos con un nuevo medicamento genérico o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico original en el mismo, o menor nivel, de costo compartido y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar una nueva versión podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra «Lista de medicamentos», pero moverlo a un nivel diferente de costo compartido, agregar nuevas restricciones o ambas opciones.

Esto significa, por ejemplo, que si usted está tomando un medicamento de marca o un producto biológico original que está siendo reemplazado por un medicamento genérico o una versión biosimilar, puede que no siempre reciba aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o no obtendrá un suministro para un mes de su medicamento de marca o producto biológico en una farmacia de la red. Si usted está tomando el medicamento de marca o el producto biológico en el momento en que realizamos el cambio, obtendrá información sobre el cambio específico que hicimos, pero la información puede llegar después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que se analizan a lo largo de este capítulo, consulte el capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) también brinda información al consumidor sobre los medicamentos. Visite el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios al Miembro o pedirle más información a su proveedor de atención médica, persona que emite la receta o farmacéutico.

**Cambios en los costos y beneficios de medicamentos con receta**

**Nota:** Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos («Ayuda Adicional»), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a usted.** Le enviamos un prospecto aparte, denominado *Evidencia de cobertura para personas que reciben «Ayuda Adicional» para pagar medicamentos con receta (también denominada cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o cláusula adicional LIS)* que le explica los costos de sus medicamentos. Si recibe «Ayuda Adicional» y no ha recibido este prospecto antes del 30 de septiembre de 2024, llame a Servicios al Miembro y pregunte por la *cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, existen tres **etapas de pago de medicamentos:** la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La etapa de brecha de cobertura y el Programa de Descuento para Brecha de Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento para Brecha de Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuento para Fabricantes. De acuerdo con el Programa de Descuento para 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 catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuento para Fabricantes no cuentan para los gastos de desembolso directo.

**Cambios en la etapa del deducible**

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo completo</b> de sus medicamentos de nivel 4 (no preferidos) y de nivel 5 (especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas la culebrilla, el tétanos y las vacunas para viajes.</p>	<p>El deducible es de \$150.</p> <p>Durante esta etapa usted paga (por un suministro para 30 días):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un copago de \$5 para medicamentos de nivel 1 (genéricos preferidos): Costo compartido estándar</li> <li>• \$0 de copago para medicamentos de nivel 1 (genéricos preferidos): Costo compartido preferido.</li> <li>• \$15 de copago para medicamentos de nivel 2</li> </ul>	<p>El deducible es de \$150.</p> <p>Durante esta etapa usted paga (por un suministro para 30 días):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un copago de \$5 para medicamentos de nivel 1 (genéricos preferidos): Costo compartido estándar</li> <li>• \$0 de copago para medicamentos de nivel 1 (genéricos preferidos): Costo compartido preferido.</li> </ul>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>(genéricos): Costo compartido estándar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 de copago para medicamentos de nivel 2 (genéricos): Costo compartido preferido.</li> <li>• \$47 de copago para medicamentos de nivel 3 (de marca preferida): Costo compartido estándar.</li> <li>• Un copago de \$42 para medicamentos de nivel 3 (de marca preferida): Costo compartido preferido.</li> <li>• El costo total de los medicamentos de nivel 4 (no preferidos) y de nivel 5 (especializados) hasta alcanzar el deducible anual.</li> <li>• No disponible: Nivel 6 (medicamentos selectos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago para medicamentos de nivel 2 (genéricos): Costo compartido estándar.</li> <li>• \$10 de copago para medicamentos de nivel 2 (genéricos): Costo compartido preferido.</li> <li>• \$47 de copago para medicamentos de nivel 3 (de marca preferida): Costo compartido estándar.</li> <li>• Un copago de \$42 para medicamentos de nivel 3 (de marca preferida): Costo compartido preferido.</li> <li>• El costo total de los medicamentos de nivel 4 (no preferidos) y de nivel 5 (especializados) hasta alcanzar el deducible anual.</li> <li>• \$0 de copago para medicamentos de nivel 6 (medicamentos selectos): Costo compartido estándar.</li> <li>• \$0 de copago para medicamentos de nivel 6 (medicamentos selectos): Costo compartido preferido.</li> </ul>

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

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra «Lista de medicamentos». Para ver si sus medicamentos estarán en 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 costo alguno para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes es:</p> <p><b>Nivel 1: genéricos preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>usted paga un copago de \$5 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 2: genéricos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>usted paga un copago de \$15 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3: de marca preferida:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>usted paga un copago de \$47 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>usted paga \$42 por medicamento.</p> <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>usted paga un copago de \$100 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>usted paga \$95 por medicamento con receta.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes es:</p> <p><b>Nivel 1: genéricos preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>usted paga \$5 de copago por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 2: genéricos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>usted paga \$20 de copago por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3: de marca preferida:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>usted paga un copago de \$47 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>usted paga \$42 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>usted paga un copago de \$100 por receta.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><b>Nivel 5: nivel de especializados:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un 30 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un 30 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 6: medicamentos selectos:</b></p> <p>Costo compartido estándar: N/C</p> <p>Costo compartido preferido en farmacias minoristas: N/C</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,000 como desembolso directo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$95 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 5: nivel de especializados:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un 31 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un 31 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 6: medicamentos selectos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido en farmacias minoristas:</i> usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 como desembolso directo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>

**Cambios en las etapas de cobertura catastrófica**

La etapa de cobertura catastrófica 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 catastrófica. Los

descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuento para Fabricantes no cuentan para los costos de desembolso directo.

**Si alcanza la etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

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

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos**

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Proveedores odontológicos</b>	Los beneficios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare se administran a través de DentaQuest.	Los beneficios dentales preventivos e integrales no cubiertos por Medicare se administran a través de Delta Dental.
<b>Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare</b>	No corresponde.	<p>El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a gestionar sus costos de medicamentos mediante la propagación de <b>pagos mensuales que varían durante todo el año</b> (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-845-1803 (TTY: 711) o visite Medicare.gov.</p>

## SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

### Sección 3.1: Si desea permanecer en *Sentara Medicare Value*

**Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se inscribirá automáticamente en nuestro plan Sentara Medicare Value.

### Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2025, siga las siguientes medidas:

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

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 1.1 con respecto a una posible penalización por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y usted de 2025*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la sección 5), o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

Como recordatorio, Sentara Health Plans ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción en Sentara Medicare Value automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará su inscripción en Sentara Medicare Value automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - *O BIEN*, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicite la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Fecha límite para cambio de planes

Si desea 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 vigencia el 1 de enero de 2025.

### ¿Hay otros momentos del año para hacer el cambio?

En ciertas situaciones, los cambios también se permiten en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben «Ayuda Adicional» para pagar sus medicamentos, las que tienen o abandonarán la cobertura del empleador, y aquellas que se mudan fuera del área de servicio.

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

Si ha ingresado hace poco o reside actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar la cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que salió.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Virginia, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Virginia (VICAP) (coordinado a través de la División para el Envejecimiento de Virginia).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento de seguro de salud local **gratuito** a personas con Medicare. Los asesores del VICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a entender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Virginia (VICAP) al 1-800-552-3402 (TTY 711). Puede obtener más información sobre el VICAP visitando su sitio web ([www.vda.virginia.gov/vicap.htm](http://www.vda.virginia.gov/vicap.htm)).

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Usted puede cumplir con 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 bajos ingresos cumplan con los requisitos para obtener «Ayuda Adicional» a fin de pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si cumple con los requisitos, Medicare puede pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, entre ellos las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellas personas que cumplan con los requisitos no tendrán una penalización por inscripción tardía. Para ver si cumple con los requisitos, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY pueden 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 de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
  - Su Oficina Estatal de Medicaid.
- **Asistencia de costos compartidos para recetas para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el Sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/sida tengan acceso a medicaciones para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado, y condición de no asegurado/sin seguro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia de costos compartidos para recetas a través del Programa de Asistencia para Medicaciones de Virginia (VA MAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o si actualmente está inscrito para continuar recibiendo la asistencia, llame al 1-855-362-0658 (TTY: 711). Cuando llame, asegúrese de indicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **El 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 ayudarlo a administrar los costos de desembolso directo de los medicamentos a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a gestionar sus costos de medicamentos mediante la propagación de **pagos mensuales que varían durante todo el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a gestionar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos.**

La «Ayuda Adicional» de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP para aquellos que cumplen con los requisitos son más beneficiosas 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 del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-845-1803 (TTY: 711) o visite Medicare.gov.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de *Sentara Medicare Value*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios al Miembro al 1-800-927-6048. (Solo los usuarios de TTY pueden llamar al servicio de retransmisión de Virginia al 1-800-828-1120 o al 711). Estamos disponibles para responder llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Fuera de estos horarios, nuestro sistema interactivo de respuesta de voz le permite obtener información sobre muchos temas relacionados con su plan. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del 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* de Sentara Medicare Value. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios del plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [sentaramedicare.com/documents](https://sentaramedicare.com/documents). También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

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

También puede visitar nuestro sitio web en [sentarahealthplans.com/members/medicare](https://sentarahealthplans.com/members/medicare). Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario de medicamentos/Lista de medicamentos*).

---

## Sección 7.2: Obtener ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare:

### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).**

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

### **Visite el sitio web de Medicare**

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

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

Lea el manual *Medicare y usted 2025*. Este documento se envía por correo postal todos los años en otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerlo 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

