

2025

Aviso anual de cambios



RiverSpring Star

(HMO I-SNP)

Para más información, llámenos al **1-800-580-7000** (TTY/TDD 711)
de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este, los 7 días de la semana.

www.RiverSpringHealthPlans.org

RiverSpring Star (HMO I-SNP) ofrecido por RiverSpring Health Plans

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de RiverSpring Star (HMO I-SNP). 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 costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthPlans.org. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *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.
 - 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 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 del plan para 2024 y 2025 para saber si alguno de estos medicamentos se cambia a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad para 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 reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la Ayuda Extra (“Extra Help”) 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 Localizador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro 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 en RiverSpring Star (HMO I-SNP).
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2025**. Esto terminará su inscripción con RiverSpring Star (HMO I-SNP).
- 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 Medicare Original (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 cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se muda.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en inglés
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Puede obtener esta información de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio.
- **La cobertura de este plan reúne los requisitos de cobertura de salud calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de RiverSpring Star (HMO I-SNP)

- RiverSpring Star (HMO I-SNP) es un plan que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a RiverSpring Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa RiverSpring Star (HMO I-SNP).

H6776_ANOC001CY25_M_SP

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes 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
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 de medicamentos con receta de la Parte D	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	13
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en RiverSpring Star (HMO I-SNP)	14
Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan	14
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	15
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	16
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	16
SECCIÓN 7 Preguntas	17
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de RiverSpring Star (HMO I-SNP).....	17
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	18

Resumen de costos importantes para 2025

La tabla que está a continuación compara los costos de 2024 y 2025 de RiverSpring Star (HMO I-SNP) en distintas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$48.70 (prima del plan de la Parte D)	\$26.30 (prima del plan de la Parte D)
Deducible de la Parte B	\$240-\$1.30 (monto de reducción del plan), salvo por la insulina provista a través de un equipo médico duradero.	\$240, salvo por la insulina provista a través de un equipo médico duradero. Estos son los montos de costo compartido para 2024 y pueden cambiar para 2025. RiverSpring Star proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas.
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 más detalles).	\$8,850	\$9,350
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: 20% por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: 20% por consulta

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Hospitalizaciones	\$0	\$0
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).	Deducible: \$545, salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Coseguro, según corresponda, durante la Etapa de Cobertura Inicial: • Medicamentos de Nivel 1: 25% • Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Cobertura en Situaciones Catastróficas: • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. No paga nada.	Deducible: \$590, salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Coseguro, según corresponda, durante la Etapa de Cobertura Inicial: • Medicamentos de Nivel 1: 25% • Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Cobertura en Situaciones Catastróficas: • Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte su cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos (LIS).

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).	\$48.70 para la prima de la Parte D	\$26.30 para la prima de la Parte D

- 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.
- Su prima mensual será *menor* si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 acerca de Ayuda Extra (“Extra Help”) 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 Los costos por los servicios médicos cubiertos (como y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan de salud y sus costos por los medicamentos con receta no cuentan dentro del gasto máximo de bolsillo.	\$8,850	\$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 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 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.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthPlans.org. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo en un plazo de tres días hábiles.

Existen cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025*** www.RiverSpringHealthPlans.org **para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2025*** www.RiverSpringHealthPlans.org **para conocer qué farmacias se encuentran 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 un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para 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)
Servicios de emergencia Los servicios de emergencia se refieren a los servicios: Suministrados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.	Usted paga un copago de \$100 por consulta.	Usted paga un copago de \$110 por consulta.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$55.00 por cada consulta en el consultorio.	Usted paga un copago de \$45.00 por cada consulta en el consultorio.
Servicios de médicos especialistas, excluidos servicios psiquiátricos	Se requiere autorización previa.	Solo las primeras 3 consultas no requerirán autorización previa. Se requiere autorización para todas las consultas posteriores.
Servicios de radiología terapéutica y de diagnóstico para pacientes externos - Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, tomografía computarizada [CT], resonancia magnética [MRI], etc.) - Servicios de radiología terapéutica - Servicios de radiografías	No se requiere autorización previa.	Solo se requiere autorización previa para exploraciones por MRI y tomografía por emisión de positrones (PET).
Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio para pacientes externos	Los servicios de laboratorio de rutina no requieren autorización. Es posible que algunos servicios de laboratorio requieran una autorización. Director médico de la organización, gestión de la utilización y revisión de la utilización.	Los servicios de laboratorio de rutina no requieren autorización. Es posible que algunos servicios de laboratorio requieran una autorización.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Artículos de venta libre (OTC)	\$185 por mes. Los miembros elegibles pueden gastar el 50% (\$92.50) del monto del beneficio para artículos OTC en alimentos y productos frescos. El beneficio se renueva todos los meses y no se transfiere de un mes a otro. El beneficio no puede canjearse por dinero en efectivo.	\$150 por mes. Los miembros elegibles pueden gastar el 50% (\$75.00) del monto del beneficio para artículos OTC en alimentos y productos frescos. El beneficio se renueva todos los meses y no se transfiere de un mes a otro. El beneficio no puede canjearse por dinero en efectivo. Los beneficios mencionados son parte del programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Algunos ejemplos de afecciones incluyen <i>trastorno cardiovascular, hipertensión, osteoartritis, trastorno endocrino y trastorno gastrointestinal</i>. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar basándose únicamente en su afección. A los miembros elegibles se les notificará y recibirán instrucciones sobre cómo acceder a este beneficio.
Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare	Los enemas de bario cubiertos por Medicare requieren una autorización.	Los enemas de bario cubiertos por Medicare no requieren autorización.

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 denomina Formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de Medicamentos por vía electrónica. Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podría 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 restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido 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, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos 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 o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros para obtener más información.

A partir de 2025, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de marca o los productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos por nuevos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico original con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o productos biológicos originales en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un medicamento de marca o un producto biológico que será sustituido por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo realicemos ni un suministro mensual de su medicamento de marca o producto biológico en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca o el producto biológico en el momento en que realizamos el cambio, aún recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero puede llegar después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que se describen en este capítulo, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también brinda información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios para Miembros o solicitar a su proveedor de atención médica, persona autorizada a dar recetas o farmacéuticos para obtener más información.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (Ayuda Extra ["Extra Help"]), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted.** Incluimos un anexo por separado, denominado *Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben la Ayuda Extra ("Extra Help") para pagar sus medicamentos con receta* (también llamado *cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos [LIS o "LIS Rider"]*), que le informa acerca de los costos de sus medicamentos. Si recibe la Ayuda Extra ("Extra Help") y no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre, llame a "Servicios para Miembros" para pedir la "LIS Rider".

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 Catastrófica. La Etapa del periodo sin cobertura y el Programa de Descuentos durante el Periodo sin Cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuentos durante el Periodo sin Cobertura también será sustituido por el Programa de Descuentos del Fabricante. Conforme al Programa de Descuentos del Fabricante, 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 que pagan los fabricantes dentro del Programa de Descuentos del Fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Cambios en la Etapa del 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 alcanzar el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes.	El deducible es de \$545.	El deducible es de \$590. Si recibe Ayuda Extra ("Extra Help") para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte la "cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos (LIS)".

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial	Su costo para un suministro de un mes surtido en una	Su costo para un suministro de un mes surtido en una

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
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 sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Los costos en este cuadro son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de medicamentos con receta con servicio de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.	farmacia de la red con costo compartido estándar: Nivel 1: Usted paga el 25% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	farmacia de la red con costo compartido estándar: Nivel 1: Usted paga el 25% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$2,000, pasará a la siguiente etapa (Etapa de Cobertura Catastrófica).

Cambios en la Etapa 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 que pagan los fabricantes dentro del Programa de Descuentos del Fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de Cobertura Catastrófica, 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 recetas de Medicare	No es aplicable	El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos extendiéndolos a través de los pagos mensuales que varían durante todo el año (de enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al <i>1-866-845-1803</i> o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en RiverSpring Star (HMO I-SNP)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se suscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, será inscrito en nuestro plan RiverSpring Star (HMO I-SNP) automáticamente.

Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan

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

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, 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 acerca de Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare, use el Localizador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted para 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para Miembros.
 - *O BIEN*, comuníquese con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicite que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

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.º 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 Extra (“Extra Help”) 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.º 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 Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2025.

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 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 Medicare Original

(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 cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP) de la Oficina de la Tercera Edad. Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud en su localidad a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HIICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a HIICAP al 1-800-701-0501. Puede obtener más información acerca de HIICAP visitando su sitio web (<https://www.aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance>).

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 incluye una lista con diferentes tipos de ayuda:

- **Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda Extra (“Extra Help”) 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 Oficina 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 a la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de ayuda para medicamentos de su estado.** Nueva York tiene un programa denominado Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección médica. 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 para Medicamentos contra el SIDA (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. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través de los Programas de atención médica para pacientes con VIH que no tienen seguro médico del estado de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.
- **El plan de pago de recetas de Medicare** El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que lo ayuda a administrar los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos extendiéndolos a través de los **pagos mensuales que varían durante todo el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingreso, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-845-1803 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de RiverSpring Star (HMO I-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas los siete días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. Las llamadas a estos números son gratuitas. **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 más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2025* de RiverSpring Star (HMO I-SNP). 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.RiverSpringHealthPlans.org. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthPlans.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.

Leer *Medicare y Usted 2025*

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

Aviso de no discriminación

ElderServe Health, Inc., que opera bajo el nombre de RiverSpring Health Plans, cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ElderServe Health, Inc., que opera bajo el nombre de RiverSpring Health Plans, no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ElderServe Health, Inc., que opera bajo el nombre de RiverSpring Health Plans:

- Ofrece ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse efectivamente con nosotros, como, por ejemplo:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles. Si considera que ElderServe Health, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o usted ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede realizar una queja formal ante:

Civil Rights Coordinator
80 West 225th Street
Bronx, NY, 10463
Teléfono: 1-347-842-3660, TTY/TDD 711
Fax: 1-888-341-5009

Puede realizar una queja formal en persona o por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para hacer una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo. También puede hacer un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>,

o por correo electrónico o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-580-7000. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-580-7000. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-580-7000。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-580-7000。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-580-7000. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-580-7000. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-580-7000 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpfen. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-580-7000. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-580-7000 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-580-7000. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-580-7000. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-580-7000 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-580-7000. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-580-7000. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-580-7000. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-580-7000. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-580-7000** にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー

RiverSpring Health Plans

1-800-580-7000 (TTY/TDD 711)

de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este, los 7 días de la semana.

www.RiverSpringHealthPlans.org