

Jefferson Health Plans Dual Pearl (HMO D-SNP) ofrecido por Jefferson Health Plans

Aviso anual de cambios para 2026

Usted se encuentra inscrito en calidad de miembro de Jefferson Health Plans Dual Pearl (HMO D-SNP).

En este material, se describen los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en Jefferson Health Plans Dual Pearl (HMO D-SNP).
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o consulte la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los cambios. Hay más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare o llame a Servicios para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477) para obtener una copia por correo postal.

Más recursos

- Llame a Servicios para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477). Los horarios son del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita. Esta información está disponible en otros formatos como braille, letra grande y audio.

Acerca de Jefferson Health Plans Dual Pearl (HMO D-SNP)

- Jefferson Health Plans tiene contrato con Medicare para ofrecer planes HMO, HMO-DSNP y PPO. Nuestro HMO-DSNP también tiene un contrato con el programa Medicaid del estado de Pennsylvania. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este material se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Jefferson Health Plans. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, significa Jefferson Health Plans Dual Pearl (HMO D-SNP).

- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en Jefferson Health Plans Dual Pearl (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Jefferson Health Plans Dual Pearl (HMO D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo modificar los planes y los plazos para realizar un cambio.

Aviso anual de cambios para 2026

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año próximo	6
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	6
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo	6
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	6
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	7
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos	7
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	10
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y en los costos de los medicamentos recetados ...	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	15
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes	16
Sección 3.1 Plazos para cambiarse de plan	16
Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?	17
SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar medicamentos recetados	17
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	19
Sección 5.1 Cómo obtener ayuda de Jefferson Health Plans Dual Pearl (HMO D-SNP) ...	19
Sección 5.2 Obtener asesoramiento gratuito sobre Medicare	19
Sección 5.3 Obtener ayuda de Medicare	20
Sección 5.4 Obtener ayuda de Medicaid	20

Resumen de costos importantes para 2026

Si es elegible para la asistencia con la distribución de costos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por el deducible, consultas con el médico e internaciones en el hospital.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$48.40	\$32.70
Deducible	\$0	\$0
Monto máximo de gastos de 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).	De proveedores dentro de la red: \$8,850	De proveedores dentro de la red: \$9,250
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	\$0 por visita.	\$0 por visita.
Visitas al consultorio de especialistas	\$0 por visita.	\$0 por visita.
Estadía hospitalaria para paciente hospitalizado Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente hospitalizado.	\$0 días 1 - 60; \$0 días 61 - 90	\$0 días 1 - 60; \$0 días 61 - 90

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).	Deducible: \$0	Deducible: \$615 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 1.6 para obtener más detalles, incluidos el deducible anual, la cobertura inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica).	Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Medicamento del Nivel 1: \$0 de copago • Medicamento del Nivel 2: \$0 de copago • Medicamento del Nivel 3: \$0 de copago Usted paga \$0 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamento del Nivel 4: \$0 de copago • Medicamento del Nivel 5: \$0 de copago Cobertura catastrófica: • En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Medicamento del Nivel 1: \$0 de copago • Medicamento del Nivel 2: 20% de copago • Medicamento del Nivel 3: 24% de coseguro • Medicamento del Nivel 4: 28% de coseguro • Medicamento del Nivel 5: 25% de coseguro Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en los niveles 3, 4 y 5. Cobertura catastrófica: • En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año próximo

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan Su prima puede ser mayor que esta suma. Consulte la Sección 1 para obtener más información.	\$0 Nota: Si su nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) cambia, es posible que usted deba pagar una prima mensual de hasta \$48.40.	\$0 Nota: Si su nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) cambia, es posible que usted deba pagar una prima mensual de hasta \$32.70.

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, en general, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo de gastos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar los costos hasta el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$8,850	\$9,250 Una vez que haya pagado \$9,250 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores cambiará para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2026 en <https://www.jeffersonhealthplans.com/medicare/find-a-doctor/> para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación, le mostramos cómo obtener un Directorio de proveedores actualizado.

- Visite nuestra página web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare.

- Llame a Servicios para Miembros al 1-866-901-8000 (Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos por correo el *Directorio de proveedores*.

Es posible que hagamos cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de nuestro plan durante el año. Si se ve afectado por algún cambio en nuestros proveedores durante el año, llame a Servicios para Miembros al 1-866-901-8000 (Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias cambiará para el año próximo. Revise el *Directorio de farmacias* de 2026 <https://www.jeffersonhealthplans.com/medicare/find-a-doctor/> para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestra página web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-866-901-8000 (Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitar que le enviemos por correo el *Directorio de farmacias*.

Podemos hacer cambios en las farmacias que son parte de nuestro plan durante el año. Si se ve afectado por algún cambio en nuestras farmacias durante el año, llame a Servicios para Miembros al 1-866-901-8000 (Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos

En el Aviso anual de cambios, se le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (servicios cubiertos y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura de 2026*. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare. También puede llamar al Servicio para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

El próximo año, implementaremos cambios en los costos y los beneficios de ciertos servicios médicos. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios de audición	\$1,500 de asignación para audífonos (de todo tipo), con un límite de cada 2 años (ambos oídos combinados). Los beneficios no se transfieren anualmente.	\$0 - \$1,475 de copago para audífonos, con un límite de cada 2 años (ambos oídos combinados). El copago mínimo se aplica a los audífonos de nivel básico, mientras que el copago máximo se aplica a las opciones de nivel premium. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más detalles.
Servicios de transporte médico que no sea de emergencia	\$0 de copago para viajes ilimitados de ida cada año a lugares aprobados por el plan.	\$0 de copago para 25 viajes ilimitados de ida cada año a lugares aprobados por el plan.
Artículos de venta libre (OTC)	\$245 por trimestre para artículos de venta libre elegibles. Los importes no utilizados <i>no</i> se transferirán. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles.	\$200 por trimestre para artículos de venta libre elegibles. Los importes no utilizados <i>no</i> se transferirán. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles.
Beneficios Suplementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI) Los miembros con una afección de salud crónica calificada pueden ser elegibles para los beneficios de SSBCI y tener acceso a un beneficio de tarjeta de gastos flexible. Las afecciones que califican van desde el trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD), trastornos autoinmunes, cáncer,	Sin cobertura	Tarjeta de gastos flexibles: \$235 cada trimestre calendario para la compra de productos agrícolas y otros alimentos cubiertos. La asignación debe usarse solo para artículos para el miembro.

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidad/ síndrome metabólico, enfermedad gastrointestinal crónica, enfermedad renal crónica (CKD), trastornos hematológicos graves, VIH/ SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos, accidente cerebrovascular, estado posterior a un trasplante de órgano, inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores, afecciones asociadas con el deterioro cognitivo y afecciones con dificultades funcionales. Para obtener más detalles sobre los requisitos para acceder a estos beneficios, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> .		

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Beneficios del Diseño de Seguros Basado en el Valor	Tiene una cobertura de hasta \$245 per quarter cada trimestre como ayuda con el pago de alimentos y servicios públicos. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles. El miembro podrá recibir 14 comidas al año. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles. 12 viajes no médicos (al supermercado, al gimnasio, al centro comunitario para personas mayores o al banco u oficina de correos, etc.). Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles.	Sin cobertura

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de medicamentos de forma electrónica. En la Lista de medicamentos se incluyen muchos de los medicamentos, pero no todos, que cubriremos el próximo año. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que aún esté cubierto. **Puede obtener la Lista completa de medicamentos** llamando a Servicios para Miembros (ver la contraportada) o visitando nuestro sitio web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare.

Introducimos cambios en nuestra Lista de medicamentos que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones en la cobertura de ciertos medicamentos o ubicarlos en una categoría diferente distribución de costos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año próximo y para consultar si habrá alguna restricción o si su medicamento ha cambiado de categoría de distribución de costos.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare, los cuales le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al año 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 para informarle sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con la persona que receta los medicamentos para conocer sus opciones, como solicitar un suministro provisional, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477).

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica del medicamento con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca al que reemplaza. Además, al agregar un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero de forma inmediata.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y en los costos de los medicamentos recetados

¿Recibe “Ayuda Adicional” para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos como “Ayuda Adicional”, **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no sea aplicable a su caso.** Le enviamos un material por separado, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” para el pago de medicamentos recetados*, en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) y no recibe este material antes del 30 de septiembre de 2025, llame a Servicios para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477) y solicite la cláusula LIS.

Etapas de pago de medicamentos

Existen 3 **etapas de pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. La etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura no existen más en el beneficio de la Parte D.

- **Etapa 1: Deducible Anual**

No tenemos deducible, por lo que este pago no se aplica en su caso.

- **Etapa 2: Cobertura inicial**

En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo del año a la fecha alcanzan \$2,100.

- **Etapa 3: Cobertura catastrófica**

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura también fue sustituido por el Programa de Descuentos de los Fabricantes. En el marco del Programa de Descuentos de los Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos que pagan los fabricantes en el marco del Programa de Descuentos de los Fabricantes no se tienen en cuenta en los gastos de bolsillo.

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible Anual

La tabla muestra el costo que debe pagar por receta durante esta etapa.

Etapa	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra cuánto debe pagar por receta por un suministro de un mes surtido en una farmacia dentro de la red con la distribución de costos estándar:

Para los medicamentos de los niveles 2, 3 y 4, su distribución de costos en la Etapa de cobertura inicial cambia de copago a coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2025 a 2026.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre los costos de vacunas o información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de medicamentos.

Etapa	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia	\$0

Etapa	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	dentro de la red con la distribución de costos estándar: Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento recetado. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.	
Nivel 2 - Medicamentos genéricos:	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia dentro de la red con la distribución de costos estándar: Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento recetado. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.	20% del costo total.
Nivel 3 - Marca preferida:	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia dentro de la red con la distribución de costos estándar: Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento recetado. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.	24% del costo total.

Etapa	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Nivel 4 - Medicamento no preferido:	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia dentro de la red con la distribución de costos estándar: Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento recetado. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.	28% del costo total.
Nivel 5 - Especialidad:	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia dentro de la red con la distribución de costos estándar: Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento recetado. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.	25% del costo total.

Cambios en su beneficio de la Parte D de VBID

Etapa	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Paquete VBID de la Parte D: Distribución de costos reducida de la Parte D	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia dentro de la red con la distribución de costos estándar: Medicamentos genéricos:	Visite la Etapa 2: Costo de la Etapa de cobertura inicial por medicamento recetado, por nivel, para un suministro de un mes surtido en una farmacia dentro de la red, para ver los cambios para

Etapa	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Usted paga \$0 por medicamento recetado. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por medicamento recetado. Una vez que los costos totales por sus medicamentos hayan alcanzado \$2,000, usted pasará a la siguiente etapa (el período sin cobertura).	2026 con la eliminación del modelo VBID. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles.

Cambios a la etapa de cobertura catastrófica

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6, en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Es posible que esté	Si participa en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para el 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-901-8000 (los

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	participando en esta opción de pago	usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477) o visitar Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes

Para permanecer en Jefferson Health Plans Dual Pearl no debe hacer nada. Si se inscribe a un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Jefferson Health Plans Dual Pearl.

Si desea cambiar de plan para 2026 siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. La inscripción en Jefferson Health Plans Dual Pearl se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare con medicamentos cubiertos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. La inscripción en Jefferson Health Plans Dual Pearl se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, llame a Servicios para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477). O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (Consulte la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y Usted 2026*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (consulte la Sección 5.2) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Recuerde que Jefferson Health Plans ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden tener una cobertura, plan de primas mensuales y montos de distribución de costos diferentes.

Sección 3.1 Plazos para cambiarse de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de

medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare independiente) entre el 1 de enero y el 31 de marzo del 2026.

Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Entre los ejemplos, se incluyen personas que cumplen con lo siguiente:

- Tienen Medicaid.
- Reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos.
- Tienen o dejarán la cobertura del empleador.
- No están dentro del área de servicio de nuestro plan.

Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

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

Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin medicamentos independientes cubiertos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) con el fin de poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para el plan de los medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, comuníquese con:
 - 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.

- Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles 24 horas al día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Su oficina estatal de Medicaid en su estado.
- **Ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP).** Pennsylvania tiene un programa llamado Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly (PACE) que ayuda a las personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información acerca del programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia para la distribución de costos de medicamentos recetados 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 viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Para ser elegible para el ADAP de su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluida la evidencia de residencia estatal y la condición de VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de no asegurado o subasegurado. Los medicamentos de Medicare Part D que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir asistencia para la distribución de costos en los medicamentos recetados a través de Special Pharmaceutical Benefit Program (SPBP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito en el programa, cómo seguir recibiendo asistencia, llame al 1-800-922-9384. Asegúrese de informarles el nombre de su plan de Medicare Part D o número de póliza cuando llame.
- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **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 SPAP y ADAP, para quienes califican, es más conveniente que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477) o visitar Medicare.gov

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Sección 5.1 Cómo obtener ayuda de Jefferson Health Plans Dual Pearl (HMO D-SNP)

Cómo obtener ayuda de Jefferson Health Plans Dual Pearl

- Llame a Servicios para Miembros al 1-866-901-8000. (TTY solamente, llame al 1-877-454-8477).

El horario de atención para llamadas telefónicas es del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de cobertura de 2026***

En este *Aviso anual de cambios*, se le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, consulte en la *Evidencia de cobertura de 2026* para Jefferson Health Plans Dual Pearl. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de nuestros beneficios del plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare o llame a Servicios para Miembros 1-866-901-8000 (TTY solamente, llame al 1-877-454-8477) para solicitar que le enviemos una copia por correo postal.

- **Visite www.JeffersonHealthPlans.com/medicare**

Nuestra página web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorío de farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 5.2 Obtener asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Pennsylvania, el SHIP se llama Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight.

Llame a Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre el seguro de salud. Podrán ayudarle a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. Llame a Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight al 1-800-783-7067. Obtenga más información sobre Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight visitando www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx.

Sección 5.3 Obtener ayuda 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con www.Medicare.gov**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

También puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web de Medicare contiene información sobre costos, cobertura y la Clasificación por Estrellas de la calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y Usted 2026***

El manual *Medicare y Usted 2026* de Medicare se envía por correo a todas las personas que tienen Medicare todos los años en otoño. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.4 Obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid puede llamar a la Pennsylvania Department of Human Services al 1-800-692-7462. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-451-5886).