

Jefferson Health Plans Flex Plus (PPO) ofrecido por Jefferson Health Plans

Aviso anual de cambios para 2026

Usted se encuentra inscrito en calidad de miembro de Jefferson Health Plans Flex Plus (PPO).

En este material, se describen los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan 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 Flex Plus (PPO).
- 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 Flex Plus (PPO)

- Jefferson Health Plans tiene contrato con Medicare para ofrecer planes HMO, HMO-DSNP y PPO. 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 Flex Plus (PPO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en Jefferson Health Plans Flex Plus (PPO).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Jefferson Health Plans Flex Plus (PPO). 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	3
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año próximo	5
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	5
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo	5
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	6
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	6
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	8
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y en los costos de los medicamentos recetados ...	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	12
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes	12
Sección 3.1 Plazos para cambiarse de plan	13
Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?	13
SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar medicamentos recetados	14
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	15
Sección 5.1 Cómo obtener ayuda de Jefferson Health Plans Flex Plus (PPO)	15
Sección 5.2 Cómo obtener asesoramiento gratuito sobre Medicare	16
Sección 5.3 Cómo obtener ayuda de Medicare	16

Resumen de costos importantes para 2026

	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.	\$37	\$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: \$6,900 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$10,000	De proveedores dentro de la red: \$6,500 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$10,000
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	\$0 por visita.	\$0 por visita.
Visitas al consultorio de especialistas	\$20 por visita.	\$20 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.	\$400 de copago por estadía	\$435 de copago por estadía

	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: \$0
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: \$5 de copago • Medicamento del Nivel 3: 25% de coseguro Usted paga 0%-20% / \$35 max por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamento del Nivel 4: 35% de coseguro • Medicamento del Nivel 5: 33% de coseguro 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: \$0 de copago • Medicamento del Nivel 3: 25% de coseguro • Medicamento del Nivel 4: 32% de coseguro • Medicamento del Nivel 5: 33% 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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual (Usted también debe de continuar pagando su prima de Medicare Part B.)	\$37	\$32.70

Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía: su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura válida”) durante 63 días o más.
- Recargo por mayores ingresos: si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos de Medicare.
- “Ayuda Adicional” (Extra Help): su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para sus costos de medicamentos. Si desea obtener más información sobre la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare, consulte la Sección 4.

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 durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores dentro de la red cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Sus costos de medicamentos recetados no cuentan para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo.	\$6,900	\$6,500 Una vez que haya pagado \$6,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo combinado Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores dentro de la red y proveedores fuera de la red cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo para servicios médicos.	\$10,000	\$10,000 Una vez que haya pagado \$10,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos de proveedores dentro de la red y proveedores fuera de la red 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 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.

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

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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Tarjeta Flex	\$2,500 cada año para servicios adicionales de visión, odontología y audición. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles.	\$5,000 cada año para servicios adicionales de visión, odontología y audición. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles.
Audición	\$1,000 de asignación para audífonos (de todo tipo), con un límite de cada 2 años (ambos oídos combinados). Los beneficios no se transfieren anualmente.	\$500 - \$1,975 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.
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	\$400 de copago por estadía	\$435 de copago por estadía
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico	\$400 de copago por estadía	\$435 de copago por estadía

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios de transporte médico que no sea de emergencia	Sin cobertura	\$0 de copago para 50 viajes ilimitados de ida cada año a lugares aprobados por el plan.
Artículos de venta libre (OTC)	\$125 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.	\$165 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.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Días 1 - 20: \$0 de copago por día. Días 21 - 100: \$203 de copago por día.	Días 1 - 20: \$0 de copago por día. Días 21 - 100: \$160 de copago por día.

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.

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, durante el año, 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).

A partir de 2026, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de marca o los productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos con nuevos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o del producto biológico original en el mismo nivel de distribución de costos o en uno inferior, y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar una nueva versión, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de forma inmediata a un nivel de distribución de costos distinto, o agregar nuevas restricciones, o ambos.

Por ejemplo: si toma un medicamento de marca o producto biológico que será reemplazado por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba un aviso sobre el cambio con 30 días de anticipación o antes de obtener un suministro de un mes del medicamento de marca o producto biológico. Es posible que obtenga información sobre el cambio específico después de que ya se haya realizado el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su Evidencia de cobertura. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Visite el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars>. También puede comunicarse con Servicios para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477) o pedirle más información a su proveedor de atención médica, persona que receta o farmacéutico.

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

¿Recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) 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” (Extra Help), **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” (Extra Help) 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 su costo por medicamento recetado durante esta etapa.

Etapas	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Etapas 1: Etapas 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 Etapas 2: Cobertura inicial

Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búselos en la Lista de medicamentos. 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 Etapas de Cobertura Catastrófica).

Etapas	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Nivel 1 - Genéricos preferidos:	\$0	\$0
Nivel 2 - Genéricos:	\$5	\$0
Nivel 3 - Marca preferidos:	25% del costo total.	25% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel 4 - Medicamento no preferido:	35% del costo total.	32% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel 5 - Especialidad:	33% del costo total.	33% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

Descripción	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 participando en esta opción de pago.	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 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 Flex Plus 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 Flex Plus.

Si desea cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. La inscripción en Jefferson Health Plans Flex Plus se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare con medicamentos cubiertos de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. La inscripción en Jefferson Health Plans Flex Plus 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.

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” (Extra Help) 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.
 - Puede llamar al 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.
 - a la 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 llamar para informarles sobre su nombre o número de póliza del plan de Medicare Part D.

- **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” (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más ventajosa 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](https://www.Medicare.gov)).

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Sección 5.1 Cómo obtener ayuda de Jefferson Health Plans Flex Plus (PPO)

Cómo obtener ayuda de Jefferson Health Plans Flex Plus (PPO)

- Llame a Servicios para Miembros al 1-866-901-8000. (Los usuarios de TTY deben llamar 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 Flex Plus. 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 (los usuarios de TTY deben llamar 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 **Cómo 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 Community HealthChoices (Medicaid).

Llame a Pennsylvania Community HealthChoices (Medicaid) 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 Community HealthChoices (Medicaid) al 1-800-783-7067. Obtenga más información sobre Pennsylvania Community HealthChoices (Medicaid) visitando www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx.

Sección 5.3 **Cómo obtener ayuda de Medicare**

Cómo 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.