Jefferson Health Plans Select (HMO D-SNP) ofrecido por Jefferson Health Plans

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de Jefferson Health Plans Select.

Este material describe 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 no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá en Jefferson Health Plans Select.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2027*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. En la *Evidencia de cobertura* encontrará más información sobre los costos, los beneficios y las reglas. Obtenga una copia en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare o llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 877-454-8477) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en Español.
- Llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 877-454-8477) para obtener más información. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en formatos alternativos como braille, letra grande y versiones en audio.

Acerca de Jefferson Health Plans Select

- 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. Nuestro plan tiene, además, un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid del estado de Pennsylvania para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este material dice nosotros, nos o nuestro/a, significa hace referencia a Jefferson Health Plans. Cuando dice plan o nuestro plan, significa Jefferson Health Plans Select.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en Jefferson Health Plans Select.** A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Jefferson Health Plans Select. Ingrese en

la sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límites para realizar un cambio.

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2027 4

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 7

Sección 1.1 Cambios en la prima del plan mensual 7

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 7

Sección 1.3 Cambios en las redes de proveedores y farmacias 8

Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios medicos 8

Sección 1.5 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D 10

Sección 1.6 Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos con receta 11

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de planes 14

Sección 2.1 Plazo para el cambio de plan 15

Sección 2.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? 15

SECCIÓN 3 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta 15

SECCIÓN 4 Preguntas 17

Cómo recibir ayuda de Jefferson Health Plans Select 17

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 17

Obtenga ayuda de Medicare 18

Cómo recibir ayuda de Medicaid 18

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte Sección 1.1 para obtener detalles.	$32.70	**$12.80**
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	$9,250 Usted no será responsable de pagar ningún costo de su bolsillo al monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.	**$9,850** **Usted no será responsable de pagar ningún costo de su bolsillo al monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.**
Visitas al consultorio de atención primaria	$0 por consulta	**$0 por consulta**
Consultas a especialistas	$0 por consulta	**$0 por consulta**
Hospitalizaciones Incluye internación para afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día previo a ser	$0 por estadía	**$0 por estadía**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Hospitalizaciones (continuación) dado de alta es el último día como paciente internado.		
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 1.6 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D $615 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D Copago o Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: • Medicamento de Nivel 1: 25 % del costo total • Medicamento de Nivel 2: 25 % del costo total • Medicamento de Nivel 3: 25 % del costo total • Medicamento de Nivel 4: 25 % del costo total • Medicamento de Nivel 5: 25 % del costo total • Medicamento de Nivel 6: $0 copago Usted paga $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en los niveles 3, 4 y 5. Etapa de Cobertura Catastrófica: Durante esta etapa de	**Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D** **$700 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D** **Copago o Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:** • **Medicamento de Nivel 1: 25 % del costo total** • **Medicamento de Nivel 2: 25 % del costo total** • **Medicamento de Nivel 3: 25 % del costo total** • **Medicamento de Nivel 4: 26 % del costo total** • **Medicamento de Nivel 5: 25 % del costo total** • **Medicamento de Nivel 6: $0 copago** **Usted paga $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en los niveles 3 y 4.** **Etapa de Cobertura Catastrófica:** **Durante esta etapa de**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cobertura para medicamentos de la Parte D (continuación)	pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	**pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

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

Sección 1.1 Cambios en la prima del plan mensual

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).	$32.70	**$12.80**

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

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar de su bolsillo para el año. Estos límites se denominan montos máximos que paga de su bolsillo. Una vez que llega a este monto, por lo general no deberá pagar nada por los servicios cubiertos de la la Parte A y la Parte B servicios por el resto del año.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Gastos compartidos pagado por el beneficiario, Medicaid, y otros seguros secundarios contribuyen a este máximo de gastos de bolsillo. Debido a que nuestros miembros reciben la mayoría de los costo compartido pagados por Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de bolsillo. Usted no será responsable de pagar ningún costo de su bolsillo al monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y	$9,250	**$9,850** **Una vez que haya pagado $9,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año calendario.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo (continuación) deducibles) **cuentan** para su monto máximo de gastos de bolsillo. Nuestra prima del plan y sus costos para medicamentos con receta **no cuentan** para el monto máximo de gastos de bolsillo.		

Sección 1.3 Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Nuestra red de proveedores y farmacias ha cambiado para el año próximo. Consulte el 2027 *Directorio de proveedores y farmacias* en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) y farmacias forman parte de nuestra red. A continuación se indica cómo obtener una actualización *Directorio de proveedores y farmacias*:

- Visite nuestro sitio web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare.
- Llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 877-454-8477) para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Los montos que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que use. 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.

Podemos realizar cambios en hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores y farmacias le afecta, llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 877-454-8477) para obtener ayuda. Es posible que tenga un periodo de inscripción especial si su proveedor abandona la red del plan. 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 los beneficios y costos de los servicios medicos

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en los beneficios y los costos de Medicare beneficios y costos.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
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 beneficios adicionales de la Tarjeta Flex Suplementaria. Las afecciones calificadas incluyen el trastorno crónico por abuso de alcohol y otros trastornos por abuso de sustancias (SUD), trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidad/síndrome metabólico, enfermedad gastrointestinal crónica, enfermedad renal crónica (CKD), trastornos hematológicos graves, HIV/AIDS, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos, accidente cerebrovascular, postrasplante de órganos, inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores, afecciones asociadas con el deterioro cognitivo y afecciones con problemas funcionales. Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre cómo calificar para estos beneficios adicionales.	$700 cada tres meses para los servicios públicos, productos agrícolas y otros alimentos cubiertos. Debe usarse solo para artículos para el miembro.	**$315 cada meses para los servicios públicos, productos agrícolas y otros alimentos cubiertos. Debe usarse solo para artículos para el miembro.** **Para los miembros elegibles, este beneficio de SSBCI se combina con su beneficio de OTC.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
En el mostrador (OTC)	$300 cada tres meses para artículos de venta libre que cumplan con los requisitos. Los montos no utilizados no se acumularán. Consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más detalles.	**$315 cada mes para artículos de venta libre que cumplan con los requisitos. Los montos no utilizados no se acumularán. Consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más detalles.**
Tarjeta flex suplementaria	$800 todos los años para servicios adicionales de visión, odontología y audición. Consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más detalles.	**$550 todos los años para servicios adicionales de visión, odontología y audición. Consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más detalles.**

Sección 1.5 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos también se denomina formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos es publicado en línea en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o cambiarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones, o si su medicamento ha pasado a un nivel de costo compartido diferente**.

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 que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al 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, revise el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o

intentar encontrar un nuevo medicamento. Llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 877-454-8477) para obtener más información.

Sección 1.6 Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos con receta

¿Recibe Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso**. Nosotros le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre, llame a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 877-454-8477) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. La Etapa de interrupción en la cobertura y el Programa de descuento durante el período de interrupción de la cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible Anual***

  Usted comienza esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Parte D hasta alcanzar el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

  Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte del costo de los medicamentos que le corresponde y usted paga su parte del costo. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que los gastos de su bolsillo del año a la fecha alcanzan $2,400.

- ***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. Por lo general, usted permanece en esta etapa el resto del año calendario.

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Del deducible anual	$615 Durante esta etapa, usted paga $0 copago por los medicamentos del Nivel 6 y el costo total de los medicamentos de los Niveles 1, 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.	**$700** **Durante esta etapa, usted paga $0 copago por los medicamentos del Nivel 6 y el costo total de los medicamentos de los Niveles 1, 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.**

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar.

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

Una vez que haya pagado $2,400 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Etapa 1: **(Genéricos preferidos)** Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.	25 % del costo total	**25 % del costo total**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Etapa 2: **(Genéricos)** Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.	25 % del costo total	**25 % del costo total**
Etapa 3: **(Marca preferida)** Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.	25 % del costo total Usted paga $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**25 % del costo total** **Usted paga $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
Etapa 4: **(Fármaco no preferido)** Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.	25 % del costo total Usted paga $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**26 % del costo total** **Usted paga $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
Etapa 5: **(Medicamento especializado)** Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.	25 % del costo total Usted paga $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**25 % del costo total** **La insulina ya no está disponible en el Nivel 5. Usted continuará sin pagar más de $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en los niveles 3 y 4.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Etapa 6: **(Atención selecta)** Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.	$0 copago	**$0 copago**

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de planes

Para permanecer en Jefferson Health Plans Select, no tiene que hacer nada más. A menos que se inscriba en un plan de salud de Medicare diferente o se cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro Jefferson Health Plans Select.

Si desea cambiar de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en Jefferson Health Plans Select se cancelará automáticamente. Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren los medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que, en el caso de muchos planes, usted no se puede unir a un plan de salud de Medicare y simultáneamente adherirse a un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos por separado de Medicare,** puede inscribirse en un plan de la Parte D y automáticamente se le cancelará la inscripción en Jefferson Health Plans Select.
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 877-454-8477) para obtener más información sobre cómo hacerlo. 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.
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes Medicare,** visite Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y usted 2027* o llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la sección 4), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, Jefferson Health Plans ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos planes pueden tener diferentes coberturas, primas mensuales y montos de costo compartido.

Sección 2.1 Plazo para el cambio de plan

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura desde el **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027, y no está a gusto con su elección, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con la cobertura de medicamentos de Medicare o sin ella) o cambiar a Medicare Original (sea con o sin la cobertura de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 2.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, es posible que las personas tengan otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que:

- Tienen Medicaid.
- Reciben “Ayuda adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos.
- Abandonaron o abandonarán la cobertura de un empleador.
- Se mudó fuera del área de servicio del plan.

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

- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare,
- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirle 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 proporcione su Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

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

SECCIÓN 3 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta

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 podrán tener derecho a recibir “Ayuda adicional” (Extra Help) para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales para el plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán que pagar 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.
    - Administración de 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 pueden llamar al 1-800-325-0778.
    - Oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (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 sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.orgo llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia con los Gastos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH (HIV)/SIDA (AIDS).** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS) (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH (HIV)/SIDA (AIDS) tengan acceso a medicamentos para el VIH (HIV) que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH (HIV), 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 estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costo compartido para medicamentos con receta través del Programa Especial de Beneficios Farmacéuticos (SPBP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a 800-922-9384. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan de Medicare Part D o el número de póliza.
- **El Medicare Prescription Payment Plan.** El Medicare Prescription Payment Plan es una opción de pago que trabaja con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de 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. Si participa en el Medicare Prescription Payment Plan y permanece en el mismo plan de la Parte D, su

participación se renovará automáticamente durante 2027. No necesita presentar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de los medicamentos.**

La Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, tienen más ventajas que la participación en el Medicare Prescription Payment Plan. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-845-1803 (Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-716-3231) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 4 Preguntas

Cómo recibir ayuda de Jefferson Health Plans Select

- **Llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000. (Los usuarios de TTY deben llamar al 877-454-8477).**

  Estamos disponibles para llamadas telefónicas de de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su 2027 *Evidencia de Cobertura***

  Este *Aviso de Cambio Anual* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más información, consulte la 2027 *Evidencia de cobertura* para Jefferson Health Plans Select. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare o llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 877-454-8477) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

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

  Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Pennsylvania, el SHIP recibe el nombre de PA MEDI.

Llame a PA MEDI para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre el seguro médico. Pueden ayudarle a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y

Medicaid y responder preguntas sobre el cambio de plan. Llame a PA MEDI al 1-800-783-7067. Obtenga más información sobre PA MEDI al ingresar en (www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx).

Obtenga 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 Medicare.gov**

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite Medicare.gov**

  El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare.

- **Lea *Medicare y Usted 2027***

  Cada otoño, el manual *Medicare y Usted 2027* se envía por correo a las personas con Medicare. Este manual contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Cómo recibir ayuda de Medicaid

Llame a Pennsylvania Department of Human Services al 1-800-692-7462. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-451-5886 para obtener ayuda con la inscripción en Medicaid o si tienen preguntas sobre beneficios.