



## ***PHP (HMO SNP) ofrecido por AIDS Healthcare Foundation***

# **Notificación de Cambios Anuales para 2025**

Usted actualmente está inscripto como miembro de PHP (HMO SNP). El año que viene, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. ***Por favor vea la página 5 para un resumen importante de los costos, incluyendo las primas.***

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para recibir más información sobre los costos, beneficios o reglas, por favor revise la *Evidencia de Cobertura*, la cual se encuentra en [www.php-ca.org/for-members/publications](http://www.php-ca.org/for-members/publications). También puede llamar a Servicios para Miembros para que le envíen una *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

- **Usted tiene un plazo del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios a su cobertura de Medicare para el año que viene.**

---

## **Qué hacer ahora**

1. **PREGUNTE:** Cuáles cambios aplican a usted

Mire los cambios de nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.

- Revise los cambios en los costos de atención médica (doctores, hospitales).
- Revise los cambios a su cobertura de medicamentos, incluyendo las restricciones de cobertura y el costo compartido.
- Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Mire los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma estén aún cubiertos.
- Compare la información del plan de 2024 y 2025 para ver si cualquiera de estos medicamentos pasa a un nivel de costo compartido diferente o estarán sujetos a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia progresiva o límites de cantidad para 2025.

- Mire si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias, estarán en su red el próximo año.
- Mire si usted califica para recibir ayuda para pagar sus medicamentos bajo receta. La gente con ingresos limitados podría calificar para recibir "Ayuda adicional" de Medicare.
- Piense si está contento con nuestro plan.

## 2. **COMPARE:** Aprenda sobre otras opciones de plan

- Averigüe coberturas y costos de planes en su área. Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte de atrás de su *Manual Medicare y Usted 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) para hablar con un consejero capacitado.
- Una vez que haya reducido sus opciones a un plan de preferencia, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

## 3. **SELECCIONE:** Decida si desea o no cambiar su plan

- Si usted no se inscribe en otro plan al 7 de diciembre de 2024, se quedará en PHP.
- Para elegir un **plan diferente**, usted puede cambiar de planes entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el 1 de enero de 2025. Esto terminará su inscripción en PHP.
- Si usted recientemente se mudó a o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de planes o cambiarse a Medicare Original (tanto con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible en inglés en forma gratuita.
- Contacte el número de nuestro Departamento de Servicios para Miembros (800) 263-0067 para obtener información adicional. (Usuarios de TTY llamen al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en otros formatos como letra grande y cintas de audio.
- **Cobertura bajo este plan califica como un plan de salud autorizado (QHC)** y cumple con la Protección del Paciente y el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web de Servicios de Impuestos

Internos (IRS) en [www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families) para más información.

### **Acerca de PHP**

- PHP es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice "nosotros", "a nosotros" o "nuestro/a/s", significa AIDS Healthcare Foundation. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa PHP.

## La discriminación es contraria a la ley

PHP (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina según la raza, color, origen nacional, discapacidad o sexo. PHP no excluye personas ni las trata diferentemente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

PHP:

- Brinda ayuda gratuita y servicios a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra impresa grande, en audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte a Servicios para Miembros.

Si cree que PHP falló en brindar estos servicios o discriminó de alguna otra manera con base en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo con: Member Services, P.O. Box 46160, Los Angeles, CA 90046, (800) 267-0067, TTY 711, Fax (888) 235-8552, email [php@positivehealthcare.org](mailto:php@positivehealthcare.org). Usted puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda en presentar un reclamo, Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo.

Además, puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

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

Formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available. Call 1-800-263-0067 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-263-0067 (TTY: 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-263-0067 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-263-0067 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-263-0067 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ՈւշԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Հանգահարեք 1-800-263-0067 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-263-0067 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-263-0067 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-263-0067 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-263-0067 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-263-0067 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-263-0067 (TTY: 711)។

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-263-0067 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-263-0067 (TTY: 711) पर कॉल करें।

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-263-0067 (TTY: 711).

## ***Notificación de Cambios Anuales para 2025***

### **Tabla de Contenidos**

<b>Resumen de los costos importantes para 2025 .....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el año que viene.....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1 — Cambios en la prima mensual .....	7
Sección 1.2 — Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo.....	7
Sección 1.3 — Cambios en la red de proveedores y de farmacias.....	8
Sección 1.4 — Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos.....	9
Sección 1.5 — Cambios en la cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D.17	
<b>SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir.....</b>	<b>21</b>
Sección 2.1 — Si quiere permanecer en PHP .....	21
Sección 2.2 — Si quiere cambiar de plan.....	21
<b>SECCIÓN 3 Plazo máximo para cambiar de planes .....</b>	<b>22</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratis sobre Medicare.....</b>	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos bajo receta .....</b>	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Preguntas? .....</b>	<b>25</b>
Sección 6.1 — Recibir ayuda de PHP.....	25
Sección 6.2 — Recibir ayuda de Medicare .....	26

## Resumen de los costos importantes para 2025

La tabla de abajo compara los costos durante 2024 y los costos para 2025 de PHP en varias áreas importantes. **Por favor note que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<p><b>Prima mensual del plan *</b></p> <p>* Su prima podría ser más alta que esta cantidad. Vea la Sección 1.1 para más detalles.</p>	\$0	\$0
<p><b>Cantidad máxima de su bolsillo</b></p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vea la Sección 1.2 para detalles).</p>	\$5,000	\$5,000
<p><b>Visitas a consultorio del médico</b></p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita</p>
<p><b>Estadías de paciente hospitalizado</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 de copago por día para días 1 a 6</li> <li>• \$0 de copago por día para días 7 a 90</li> <li>• \$0 de copago por día para "días de reserva de por vida" para días 91 a 150</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 de copago por día para días 1 a 6</li> <li>• \$0 de copago por día para días 7 a 90</li> <li>• \$0 de copago por día para "días de reserva de por vida" para días 91 a 150</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<p><b>Cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D</b> (Vea la Sección 1.5 para más detalles)</p>	<p>Deducible: \$475, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1: 15% Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Nivel 2: 15% Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Nivel 3: 25%</li> <li>• Nivel 4: 25%</li> <li>• Nivel 5: 0%</li> </ul> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul>	<p>Deducible: \$580, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1: 15% Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Nivel 2: 15% Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Nivel 3: 25%</li> <li>• Nivel 4: 25%. Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel</li> <li>• Nivel 5: Usted no paga nada</li> </ul> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</li> </ul>



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

### Sección 1.1 — Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<b>Prima mensual</b>	\$0	\$0
<b>No hay cambios para el próximo año de beneficios.</b>		
(Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).		

- Su prima mensual del plan será *más* si debe cumplir con el pago de una penalidad de por vida por inscripción tardía a la Parte D por no tener cobertura de medicamentos que es por lo menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada como “cobertura acreditable”) por 63 días o más.
- Si tiene un ingreso económico mayor, podría tener que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare.

### Sección 1.2 — Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten la cantidad que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite de dinero se llama cantidad máxima de su bolsillo. Cuando usted llega a esta cantidad, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<p><b>Cantidad máxima de su bolsillo</b></p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para determinar la cantidad máxima de su bolsillo. Sus costos de medicamentos bajo receta no cuentan para determinar la cantidad máxima de su bolsillo.</p> <p><b>No hay cambios para el próximo año de beneficio.</b></p>	\$5,000	<p>\$5,000</p> <p>Una vez que pagó \$5,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>

### Sección 1.3 — Cambios en la red de proveedores y de farmacias

Los montos que 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, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en [www.php-ca.org/php-provider-find](http://www.php-ca.org/php-provider-find). Además, usted puede llamar a Servicios para Miembros para que se le envíe información actualizada de proveedores y/o farmacias o pida que le enviemos un directorio por correo postal, el cual enviaremos dentro de los tres días hábiles.

No hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año.

No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

Es importante que usted sepa que podríamos hacer cambios de hospitales, doctores y especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio a mitad de año de nuestros proveedores lo afecta, por favor contacte a Servicios para Miembros para que podamos asistirlo.

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

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios el año que viene. La información de abajo describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</b>	Usted no paga nada por los servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar. Requiere derivación. Ciertos procedimientos de rehabilitación cardíaca y pulmonar requieren autorización.	Usted no paga nada por los servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar. Requieren derivación.
<b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</b>	No paga nada por la capacitación para el autocontrol de la diabetes. Requiere derivación y autorización.	No paga nada por la capacitación para el autocontrol de la diabetes. Requiere derivación.

Costo	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<p><b>Servicios de diagnóstico/ laboratorios/ diagnóstico por imágenes</b></p>	<p>No paga nada por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología diagnóstica, p. ej., resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>• Radiografías ambulatorias</li> <li>• Colonoscopia, sigmoidoscopia, endoscopia</li> <li>• Radioterapia</li> </ul> <p>Requiere derivación. Los siguientes servicios requieren autorización:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciertos procedimientos y pruebas diagnósticos</li> <li>• Ciertos servicios radiológicos de diagnóstico</li> <li>• Ciertos servicios radiológicos terapéuticos</li> </ul> <p>Los siguientes servicios no requieren autorización:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio</li> <li>• Radiografías</li> </ul>	<p>No paga nada por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología diagnóstica, p. ej., resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Pruebas y procedimientos diagnósticos</li> <li>• Radiografías ambulatorias</li> <li>• Colonoscopia, sigmoidoscopia, endoscopia</li> <li>• Radioterapia</li> </ul> <p>Requiere derivación.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<p><b>Servicios de emergencia</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por visita a la sala de emergencias.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia solo está cubierta dentro de Estados Unidos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por visita a la sala de emergencias.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia solo está cubierta dentro de Estados Unidos.</p>
<p><b>Dispositivos de seguridad y modificaciones para el hogar y el baño</b></p>	<p>Los dispositivos de seguridad y las modificaciones para el hogar y el baño <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Usted no paga nada por los dispositivos de seguridad para el hogar y el baño y las modificaciones que incluyen, entre otros, rampas temporales sobre escaleras, barras de apoyo, sillas de ducha, inodoros de gran altura o asientos de inodoros, barandas de cama, etc., según sea necesario. El beneficio incluye modificaciones menores en el hogar para instalar los artículos cubiertos y/o ensanchar las puertas. El beneficio está limitado a \$5,000 por año. Requiere derivación y autorización.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (el año que viene)</b>
<b>Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)</b>	Usted no paga nada por hasta 16 horas a la semana de IHSS durante un máximo de dos (2) semanas. IHSS está disponible para los miembros después del alta hospitalaria de un hospital agudo o un centro de enfermería especializada. Requiere autorización.	Usted no paga nada por hasta 16 horas a la semana de IHSS durante un máximo de dos (2) semanas. IHSS está disponible para los miembros después del alta hospitalaria de un hospital agudo o un centro de enfermería especializada. Requiere derivación y autorización.
<b>Servicios de educación sobre la enfermedad renal</b>	Usted no paga nada por hasta seis (6) sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal por vida. Requiere remisión y autorización.	Usted no paga nada por hasta seis (6) sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal por vida. Requiere derivación.

Costo	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos</b></p>	<p>Para los miembros que han sido diagnosticados con neuropatía relacionada con el SIDA, no pagan nada por hasta dos (2) masajes terapéuticos de una (1) hora por mes para aumentar la circulación sanguínea. Requiere derivación y autorización.</p>	<p>Para los miembros que han sido diagnosticados con neuropatía relacionada con el SIDA, no pagan nada por hasta dos (2) masajes terapéuticos de una (1) hora por mes para aumentar la circulación sanguínea. Requiere derivación y autorización.</p> <p>Para los miembros que han sido diagnosticados con diabetes, no pagan nada por hasta dos (2) comidas para diabéticos por día. Las comidas nutritivas para diabéticos ayudan a los miembros que tienen diabetes y no tienen acceso a alimentos adecuados para manejar y controlar su enfermedad. Requiere derivación y autorización.</p> <p>En el caso de los miembros que han sido diagnosticados con insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), no pagan nada por hasta dos (2) comidas bajas en sodio al día. Las comidas nutritivas bajas en sodio ayudan a los miembros que tienen CHF y no tienen acceso a alimentos adecuados para manejar y controlar su enfermedad. Requiere derivación y autorización.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (continuación)</b></p>		<p>Para los miembros que han sido diagnosticados con asma o afecciones pulmonares crónicas y viven en una residencia infestada de cucarachas, ratones o ratas, no pagan nada por los servicios de control de plagas hasta el límite de beneficio anual de \$1,000. El control de plagas para las personas que tienen asma y otras enfermedades pulmonares crónicas reduce los síntomas del asma. Requiere derivación y autorización.</p> <p>Para los miembros que han sido diagnosticados con asma o afecciones pulmonares crónicas y viven en un entorno cuya calidad del aire contribuye al asma y los problemas respiratorios, no pagan nada por un dispositivo de filtro de aire y reemplazos de filtro hasta el límite de beneficio anual de \$200. Un filtro de aire para personas que tienen asma y otras enfermedades pulmonares crónicas reduce los síntomas del asma. Requiere derivación y autorización.</p>



Costo	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<b>Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (continuación)</b>		<p>Para los miembros que necesitan asistencia para la vida diaria y apoyo de higiene y no pueden lavar su propia ropa, no pagan nada por el servicio de lavandería hasta el límite de beneficio mensual de \$156. Requiere autorización.</p>
<b>Terapia de ejercicio supervisada (SET) para la enfermedad arterial periférica (PAD)</b>	<p>No paga nada por hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. Requiere derivación y autorización.</p>	<p>No paga nada por hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. Requiere derivación.</p>
<b>Transporte</b>	<p>No paga nada por viajes de ida y vuelta ilimitados a ubicaciones aprobadas por el plan.</p> <p>El plan debe autorizar y reservar el transporte y verificará que el transporte solicitado sea hacia y desde los consultorios o instalaciones del proveedor.</p>	<p>No paga nada por hasta 24 viajes de ida y vuelta a ubicaciones aprobadas por el plan.</p> <p>El plan debe autorizar y reservar el transporte y verificará que el transporte solicitado sea hacia y desde los consultorios o instalaciones del proveedor.</p>

**Cuidado de la vista**

Usted no paga nada por los servicios de cuidado de la vista cubiertos por Medicare. Requiere derivación y autorización para lo siguiente:

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.
- Para los miembros que tienen alto riesgo de glaucoma, una prueba de detección de glaucoma cada año.
- o miembros con diabetes, una prueba de detección de retinopatía diabética cada año.
- Un (1) par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular.

Usted no paga nada por los beneficios suplementarios de cuidado de la vista. No requiere derivación ni autorización para lo siguiente:

- Un (1) examen ocular de rutina cada año.

Usted no paga nada por los servicios de cuidado de la vista cubiertos por Medicare. Requiere derivación para los siguientes servicios. Se requiere autorización como se indica a continuación.

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Requiere autorización para tratamientos y procedimientos.
- Para los miembros que tienen alto riesgo de glaucoma, una prueba de detección de glaucoma cada año.
- Para los miembros con diabetes, una prueba de detección de retinopatía diabética cada año.
- Un (1) par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Requiere autorización.

Usted no paga nada por los beneficios suplementarios de cuidado de la vista. No se requiere derivación ni autorización para lo siguiente:

- Un (1) examen ocular de rutina cada año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<b>Cuidado de la vista (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un (1) par de anteojos (lentes y monturas o lentes) o lentes de contacto cada año.</li> </ul> <p><b>Límite de cobertura del plan de \$250 para artículos de la vista cada año.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un (1) par de anteojos (lentes y monturas o lentes) o lentes de contacto cada año.</li> </ul> <p><b>Límite de cobertura del plan de \$400 para artículos de la vista cada año.</b></p>

## Sección 1.5 — Cambios en la cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D

### Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se brinda electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, los cuales podrían incluir retirar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel diferente de costo compartido. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año que viene y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento pasó a un nivel diferente de costo compartido.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos en el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios que son permitidos por las reglas de Medicare que podrían afectarles durante el año del plan. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea por lo menos mensualmente para proveer la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos una notificación sobre el cambio.

Si está afectado por un cambio en la cobertura de un medicamento al comienzo del año o durante el año, por favor revise el Capítulo 9 de nuestra *Evidencia de Cobertura* y hable con su doctor para averiguar sus opciones, tales como pedir un suministro temporario, presentar una solicitud de excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo

medicamento. Además, puede contactar a Servicios para Miembros para obtener más información.

A partir de 2025, es posible que eliminemos 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 costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones o ambas cosas.

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

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

### **Cambios en los costos y beneficios de medicamentos bajo receta**

**Nota:** Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre costos para sus medicamentos bajo receta de Parte D no aplica en su caso.** Le enviamos un folleto aparte llamado *Anexo de Evidencia de Cobertura para personas que reciben “ayuda adicional” para pagar medicamentos bajo receta* (que también se llama *Anexo de Subsidio por Bajos Ingresos* o *Anexo LIS*), que le da información sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este anexo al 30 de septiembre de 2024, por favor llame a Servicios para Miembros y pida el Anexo LIS.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. La Etapa de Brecha de Cobertura y el Programa de Descuento por Brecha de Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento por Brecha de Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuento de Fabricantes. Bajo el Programa de Descuento de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos de fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

**Cambios en la Etapa de Deducible**

Etapa	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<p><b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted pagará el costo total</b> de sus medicamentos genéricos, de marca preferidos, de marca sin preferencia y especializados hasta llegar al deducible anual. El deducible no aplica para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluyendo las vacunas contra herpes zóster, tétanos y para viajar.</p>	<p>El deducible es \$475</p> <p>Durante esta etapa, usted no paga un costo compartido para medicamentos en el Nivel 5 (ciertos medicamentos de atención médica) y paga el costo total de los medicamentos en Nivel 1 (medicamentos genéricos), Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 3 (medicamentos de marca sin preferencia) y Nivel 4 (medicamentos especializados) hasta llegar a su deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$580</p> <p>Durante esta etapa, usted no paga un costo compartido para medicamentos en el Nivel 5 (ciertos medicamentos de atención médica) y paga el costo total de los medicamentos en Nivel 1 (medicamentos genéricos), Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 3 (medicamentos de marca sin preferencia) y Nivel 4 (medicamentos especializados) hasta llegar a su deducible anual.</p>

## Cambios a su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b></p> <p>Una vez que paga el deducible anual, usted pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos <b>y usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos es esta tabla son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surte su receta en una farmacia de la red que provee un costo compartido estándar.</p> <p>Para información sobre los costos para un suministro de largo plazo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel para ciertos medicamentos en nuestra "Lista de Medicamentos". Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, consulte la "Lista de Medicamentos".</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos (Nivel 1):</b> Usted paga el 15% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de marca comercial preferidos (Nivel 2):</b> Usted paga el 15% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de marca comercial sin preferencia (Nivel 3):</b> Usted paga el 25% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos especializados (Nivel 4):</b> Paga el 25% del costo total.</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos (Nivel 1):</b> Usted paga el 15% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de marca comercial preferidos (Nivel 2):</b> Usted paga el 15% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de marca comercial sin preferencia (Nivel 3):</b> Usted paga el 25% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos especializados (Nivel 4):</b> Paga el 25% del costo total.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)</b></p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p><b>Ciertos medicamentos de atención médica (Nivel 5):</b></p> <p>Paga 0% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales llegan a \$5,030, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>	<p><b>Ciertos medicamentos de atención médica (Nivel 5):</b></p> <p>Usted no paga nada.</p> <hr/> <p>Una vez que usted ha pagado \$2,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p>

**Cambios en las etapas Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica**

La Etapa de Cobertura Catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos de fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

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 Decidir qué plan elegir**

**Sección 2.1 — Si quiere permanecer en PHP**

**Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada.** Si usted no se inscribe para un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, usted será automáticamente inscrito en PHP.

**Sección 2.2 — Si quiere cambiar de plan**

Nosotros esperamos conservarlo como miembro el año que viene, pero si quiere cambiar de plan para 2025, siga estos pasos:

### Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Usted puede unirse a un plan médico diferente de Medicare,
- – o – Puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, necesitará decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, por favor vea la Sección 1.1 sobre la posible penalidad por inscripción tardía en la Parte D.

Para informarse más sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de Planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico en su estado (vea la Sección 4) o llame a Medicare (vea la Sección 6.2).

### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a un **plan médico diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Usted será dado automáticamente de baja de PHP.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos bajo receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente será dado de baja de PHP.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos bajo receta**, usted debe usar una de estas opciones:
  - Envíenos una solicitud escrita para que le demos de baja. Contacte a Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto.
  - – o – Contacte a **Medicare** en el teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida que le den de baja. Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 3 Plazo máximo para cambiar de planes

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el año que viene, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor en el 1 de enero de 2025.

### ¿Hay otros momentos del año para hacer cambios?

En ciertas situaciones, los cambios también se permiten en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, quienes reciben “Ayuda Adicional” para el pago de



sus medicamentos, quienes tienen o dejan la cobertura del empleador, y quienes se mudan fuera del área de servicio.

Si usted se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su opción de plan, usted puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

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

## **SECCIÓN 4      Programas que ofrecen asesoría gratis sobre Medicare**

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno independiente con asesores entrenados en cada estado. En California, el programa SHIP se llama Programa de Asesoría y Defensoría de Seguro Médico (HICAP) del Departamento de Personas Mayores de California.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría local **gratuita** acerca de seguros médicos a personas con Medicare. Los asesores del programa HICAP pueden ayudarlo con preguntas o problemas vinculados a Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones con los planes de Medicare y responder preguntas acerca de cambiar de plan. Usted puede llamar al programa HICAP al (800) 434-0222. Usuarios de TTY llamen 711. Puede informarse más sobre el Programa HICAP visitando su sitio web ([www.aging.ca.gov/hicap](http://www.aging.ca.gov/hicap)).

## **SECCIÓN 5      Programas que ayudan a pagar los medicamentos bajo receta**

Usted podría calificar para recibir ayuda en el pago de medicamentos bajo receta. A continuación, listamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos bajo receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos bajo receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califican no tendrán una penalidad por inscripción tardía. Para ver si usted califica, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - La Oficina de Seguro Social en el teléfono 1-800-772-1213 entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un agente. Hay mensajes automáticos disponibles las 24 horas. Usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778; o
  - Su oficina estatal de Medi-Cal.
  
- **Asistencia con el costo compartido de medicamentos para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos de VIH que pueden salvar la vida. Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia estatal y condición VIH, bajos ingresos según lo define el estado y nivel de persona sin seguro o poco seguro. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para asistencia de costo compartido de recetas a través del Departamento de Salud Pública de California, Oficina de SIDA. Para más información sobre el criterio de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si usted está actualmente inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, por favor llame al centro de llamadas de ADAP al (844) 421-7050 (TTY 711), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Asegúrese, al llamar, de informarles el nombre o número de póliza de su plan de Medicare Parte D.
  
- **El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo de medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). Esta opción de pago puede ayudarlo 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 ADAP, para aquellos que 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 esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al (800) 263-0067 (TTY 711) o visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov).

## SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

### Sección 6.1 — Recibir ayuda de PHP

¿Alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Por favor llame a Servicios para Miembros al teléfono (800) 263-0067 (TTY solamente, llamen al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas desde las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de Cobertura 2025* (tiene detalles sobre costos y beneficios del año que viene)**

Esta *Notificación de Cambios Anuales* le presenta un resumen de los cambios en sus costos y beneficios para 2025. Para conocer los detalles, busque en la *Evidencia de Cobertura 2025* para PHP. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Este documento explica sus derechos y las reglas que necesita seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos bajo receta. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [www.php-ca.org/for-members/publications](http://www.php-ca.org/for-members/publications). Usted también puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

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

También puede visitar nuestro sitio web [www.php-ca.org](http://www.php-ca.org). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*/"*Lista de medicamentos*").

---

## Sección 6.2 — Recibir ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

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

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Este sitio tiene información sobre costos, cobertura e índices de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área. Para ver la información sobre planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare y Usted 2025***

Usted puede leer el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, este manual se envía a personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y protecciones, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.