

Aspirus Health Plan Essential Rx (PPO) ofrecido por Aspirus Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente está inscrito como miembro de Aspirus Health Plan Essential Rx. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 8 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidence of Coverage (Evidencia de cobertura)*, que se encuentra en nuestro sitio web en [medicare.aspirushealthplan.com/member-resources](https://www.medicare.aspirushealthplan.com/member-resources). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidence of Coverage*.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Compruebe si los cambios en nuestros beneficios y costos le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluyendo restricciones a la cobertura y costo compartido.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Revise los cambios en la Drug List (Lista de medicamentos) de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos se cambia a un nivel diferente de costo compartido o si estarán sujetos a restricciones distintas, como autorización previa, terapia de pasos o límite de cantidad para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año
- Verifique si califica para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener “Extra Help” de Medicare.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.



2. **COMPARE:** Obtenga más información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y usted 2025* (Medicare & You 2025). Para obtener más ayuda, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que reduzca su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Aspirus Health Plan Essential Rx.
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción con Aspirus Health Plan Essential Rx.
- Si se mudó recientemente a o está recibiendo atención en una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de planes o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, puede cambiar de planes o cambiar a Original Medicare por dos meses completos después del mes en que se mudó.

Recursos adicionales

- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 715.631.7411 o al 1.855.931.4850 (esta llamada es gratuita) para obtener información adicional. Los usuarios de TTY deben llamar al 715.631.7413 o al 1.855.931.4852 (esta llamada es gratuita). El horario es de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana.
- Si lo solicita, podemos darle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos si es necesario.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Consulte el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Aspirus Health Plan Essential Rx

- Aspirus Health Plan, Inc. es un plan PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en Aspirus Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Aspirus Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” se refiere a Aspirus Health Plan Essential Rx.

Notice of Nondiscrimination

Aspirus Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. Aspirus Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

We provide aids and services at no charge to people with disabilities to communicate effectively with us, such as TTY line, or written information in other formats, such as large print.

If you need these services, contact us at **715.631.7411 (voice)** or toll free at **1.855.931.4850 (voice)**, **715.631.7413 (TTY)**, or **1.855.931.4852 (TTY)**.

We provide language services at no charge to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters or information written in other languages.

If you need these services, contact us at the **number on the back of your membership card** or **715.631.7411** or toll free at **1.855.931.4850 (voice)**; **715.631.7413** or toll free at **1.855.931.4852 (TTY)**.

If you believe that Aspirus Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file an oral or written grievance.

Oral grievance

If you are a current Aspirus Health Plan member, please call the number on the back of your membership card. Otherwise please call **715.631.7411** or toll free at **1.855.931.4850 (voice)**; **715.631.7413** or toll free at **1.855.931.4852 (TTY)**. You can also use these numbers if you need assistance filing a grievance.

Written grievance

Mailing Address

Attn: Appeals and Grievances

Aspirus Health Plan

PO Box 51

Minneapolis, MN 55440

Email: cagMA@aspirushealthplan.com

Fax: 715.631.7439

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services 200

Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building Washington, D.C.

20201

1.800.368.1019, 1.800.537.7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852).

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852).

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852).

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 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 715-631-7411/1-855-931-4850 (телетайп: 715-631-7413/1-855-931-4852).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 715-631-7411/1-855-931-4850 (መስማት ለተሳናቸው: 612-676-6810/1-800-688-2534)።

တံသျှန်တံသး-နမ့်ကတိ ကညီ ကျိအလိ, နမန့် ကျိအတံမၤစၤလၢ တလက်ဘျုးလက်စၤ နီတမံဘျုးသ့န့ၣ်လီၤ. ဝိ: 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852).

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេស, រសវាជំនួយវេជ្ជកម្មភាសា ដោយមិនគិតល្អ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852)។

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 715-631-7411/1-855-931-4850 (رقم هاتف الصم والبكم: 715-631-7413/1-855-931-4852).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 715-631-7411/1-855-931-4850 (ATS : 715-631-7413/1-855-931-4852).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 715-631-7411/1-855-931-4850 (TTY: 715-631-7413/1-855-931-4852).

Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **612-676-3200/1-800-203-7225**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **612-676-3200/1-800-203-7225**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **612-676-3200/1-800-203-7225**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **612-676-3200/1-800-203-7225**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **612-676-3200/1-800-203-7225**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **612-676-3200/1-800-203-7225**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **612-676-3200/1-800-203-7225** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **612-676-3200/1-800-203-7225**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **612-676-3200/1-800-203-7225** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **612-676-3200/1-800-203-7225**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **612-676-3200/1-800-203-7225**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **612-676-3200/1-800-203-7225** र फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **612-676-3200/1-800-203-7225**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **612-676-3200/1-800-203-7225**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **612-676-3200/1-800-203-7225**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **612-676-3200/1-800-203-7225**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**612-676-3200/1-800-203-7225** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	8
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	10
Sección 1.1. Cambios en la prima mensual	10
Sección 1.2. Cambios en sus montos máximos de desembolso.....	10
Sección 1.3. Cambios en las redes de proveedores y farmacias	11
Sección 1.4. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	12
Sección 1.5. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Part D.....	13
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	16
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	16
Sección 3.1. Si desea permanecer en Aspirus Health Plan Essential Rx	16
Sección 3.2. Si desea cambiar de plan	16
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de planes	17
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	18
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	18
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	19
Sección 7.1. Obtener ayuda de Aspirus Health Plan Essential Rx	19
Sección 7.2. Obtener ayuda de Medicare.....	20

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para Aspirus Health Plan Essential Rx en varias áreas importantes. Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
* Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.		
Monto máximo de desembolso directo	De proveedores de la red: \$4,500	De proveedores de la red: \$4,500
Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de desembolso directo por sus servicios cubiertos de la Part A y la Part B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	De proveedores de la red y proveedores fuera de la red combinados: \$4,500	De proveedores de la red y proveedores fuera de la red combinados: \$4,500
Visitas al consultorio del médico	Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$0 copago por visita Visitas al especialista: \$40 de copago por visita Fuera de la red: Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$40 de copago por visita	Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$40 de copago por visita Fuera de la red: Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$40 de copago por visita
Estadías hospitalarias como paciente hospitalizado	Dentro de la red: \$400 de copago por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare hasta el alta. Fuera de la red: 30% de coseguro	Dentro de la red: \$400 de copago por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare hasta el alta. Fuera de la red: 30% de coseguro

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Part D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$245, excepto por productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Part D para adultos.</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago</p> <p>Nivel 2 de medicamentos: \$12 de copago</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 de medicamentos: 50% de coseguro Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5 de medicamentos: 29% de coseguro</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Part D. Usted no paga nada. 	<p>Deducible: \$245, excepto por productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Part D para adultos.</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago</p> <p>Nivel 2 de medicamentos: \$12 de copago</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 de medicamentos: \$100 de copago Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5 de medicamentos: 30% de coseguro</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Part D.

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

Sección 1.1. Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Part B).	\$0	\$0
Choice Dental (beneficio complementario opcional)	\$25	\$29

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige que pague una multa por inscripción tardía de la Part D de por vida por estar sin otra cobertura de medicamentos recetados que sea igual de buena que la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (también se conoce como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Sección 1.2. Cambios en sus montos máximos de desembolso

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga usted de desembolso directo durante el año. A este límite se le llama el monto máximo de desembolso directo. Una vez que alcance esta cantidad, generalmente no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo de desembolso directo dentro de la red</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red cuentan para el monto máximo de desembolso directo dentro de la red. Sus costos de medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de desembolso directo.</p>	<p>\$4,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,500 de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Part A y la Part B de los proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>	<p>\$4,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,500 de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Part A y la Part B de los proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>
<p>Monto máximo de desembolso directo combinado</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red y fuera de la red cuentan para el monto máximo de desembolso directo combinado. Sus costos de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para su monto máximo de desembolso directo por servicios médicos.</p>	<p>\$4,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,500 de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Part A y la Part B de los proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>	<p>\$4,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,500 de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Part A y la Part B de los proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3. Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados dependen de qué farmacia utilice. 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 nuestras farmacias de la red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en search.aspirushealthplan.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre el proveedor o la farmacia o para pedirnos que le enviemos un directorio por correo, que le enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Provider and Pharmacy Directory (Directorio de proveedores y farmacias)* para 2025 (search.aspirushealthplan.com) para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Provider and Pharmacy Directory* para 2025 (search.aspirushealthplan.com) para comprobar qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, póngase en contacto con Servicio al Cliente para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: Usted paga 20% de coseguro por cada servicio de rayos X cubierto por Medicare. Su costo compartido para servicios de rayos X en un único día no excederá los \$125.	Dentro de la red: Usted paga 20% de coseguro por cada servicio de rayos X cubierto por Medicare. Su costo compartido para servicios de rayos X en un único día no excederá los \$200.
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: Usted paga 20% de coseguro por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare. Su costo compartido para servicios de radioterapia en un único día no excederá los \$125.	Dentro de la red: Usted paga 20% de coseguro por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare. Su costo compartido para servicios de radioterapia en un único día no excederá los \$200.
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: Usted paga 20% de coseguro por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare. Su costo compartido para servicios de radiología de diagnóstico en un único día no excederá los \$125.	Dentro de la red: Usted paga 20% de coseguro por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare. Su costo compartido para servicios de radiología de diagnóstico en un único día no excederá los \$200.
Asignación para artículos de venta libre (OTC)	Usted recibe una asignación de \$125 para OTC cada 6 meses (combinada dentro y fuera de la red).	Usted recibe una asignación de \$75 para OTC todos los meses (combinada dentro y fuera de la red).

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por día por los días 1-20; \$203 de copago por día por los días 21-53; \$0 de copago por los días 54-100, por período de beneficios.	Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por día por los días 1-20; \$214 de copago por día por los días 21-53; \$0 de copago por los días 54-100, por período de beneficios.

Sección 1.5. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Part D

Cambios en nuestra Drug List (Lista de medicamentos)

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Drug List (Lista de medicamentos). Una copia de nuestra Drug List (Lista de medicamentos) se proporciona electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra Drug List (Lista de medicamentos), incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Drug List (Lista de medicamentos) para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para verificar si habrá alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la Drug List (Lista de medicamentos) son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Drug List (Lista de medicamentos) al menos mensualmente para brindar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos 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 a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidence of Coverage* y hable con su médico para averiguar sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Drug List (Lista de medicamentos) si lo sustituimos por una nueva versión de medicamento genérico y con las mismas o menos reglas que el medicamento de marca al que sustituye. Además, al añadir un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Drug List (Lista de medicamentos) pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o añadir nuevas restricciones, o ambos.

A partir de 2025, podemos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que va a ser sustituido por un biosimilar, es posible que no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no consiga el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, seguirá recibiendo 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 ver definiciones de tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidence of Coverage*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también brinda información al cliente sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA:

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>.

También puede comunicarse con Servicio al Cliente al número que figura al final de la página o pedir más información a su proveedor de atención médica, profesional que receta o farmacéutico.

Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Extra Help”), **la información sobre los costos de medicamentos con receta de la Part D puede no aplicar a usted.** Le enviamos un inserto separado, llamado *Cláusula de la Evidence of Coverage para personas que reciben “Extra Help” para pagar los medicamentos recetados* (también denominada *Cláusula de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula LIS*), que le informa acerca de los costos de sus medicamentos. Si recibe “Extra Help” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre, llame a Servicio al Cliente y solicite la Cláusula 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 vacío de cobertura y el Programa de descuento para la Etapa de vacío de cobertura ya no existen en el beneficio de la Part D.

El Programa de descuento para la Etapa de vacío de cobertura también se reemplazará con el Programa de descuento del fabricante. En virtud del Programa de descuento del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo por los medicamentos de marca y productos biológicos de la Part D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por el Programa de descuento del fabricante no cuentan para sus costos de desembolso directo.

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	El deducible es de \$245.	El deducible es de \$245.
Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3-5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	Durante esta etapa, usted paga \$0 por medicamentos en el Nivel 1, \$12 por medicamentos en el Nivel 2 y el costo completo por medicamentos en los Niveles 3-5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	Durante esta etapa, usted paga \$0 por medicamentos en el Nivel 1, \$12 por medicamentos en el Nivel 2 y el costo completo por medicamentos en los Niveles 3-5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.
El deducible no aplica a productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Part D, incluyendo herpes zóster, tétanos y vacunas para viajes.		

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para medicamentos en el Nivel 4, su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial está cambiando de coseguro a copago. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2024 a 2025.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Para 2024, usted paga un coseguro de 50% por medicamentos en el Nivel 4. Para 2025, usted pagará un copago de \$100 por medicamentos en este nivel.</p> <p>Los costos en esta tabla son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidence of Coverage</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Drug List (Lista de medicamentos). Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Drug List (Lista de medicamentos).</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Part D están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 Medicamentos genéricos: Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 Medicamentos no preferidos: Usted paga 50% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por receta de pedidos por correo para un mes es 50%.</p> <p>Nivel 5 Medicamentos de especialidad: Usted paga el 29% del costo total. Su costo por receta de pedidos por correo para un mes es 29%.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de vacío de cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 Medicamentos genéricos: Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 Medicamentos no preferidos: Usted paga \$100 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por receta de pedidos por correo para un mes es \$100.</p> <p>Nivel 5 Medicamentos de especialidad: Usted paga el 30% del costo total. Su costo por receta de pedidos por correo para un mes es 30%.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de desembolso directo por medicamentos de la Part D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).</p>

Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

La Etapa de cobertura catastrófica es la tercera etapa y la final. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan por medicamentos de marca y productos biológicos de la Part D cubiertos durante la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuento del fabricante no cuentan para sus costos de desembolso directo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6, en su *Evidence of Coverage*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Administrador de beneficios dentales	Delta Dental administra los servicios dentales en nombre de Aspirus Health Plan.	DentaQuest administra los servicios dentales en nombre de Aspirus Health Plan.
Plan de pago de medicamentos de Medicare	No corresponde	El Plan de pago de medicamentos de Medicare es una nueva opción que funciona con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar los costos de medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían durante el año (enero – diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con Servicio al Cliente o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1. Si desea permanecer en Aspirus Health Plan Essential Rx

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Aspirus Health Plan Essential Rx.

Sección 3.2. Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de planes para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- – *O* – Puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Part D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, Aspirus Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Aspirus Health Plan Essential Rx.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Aspirus Health Plan Essential Rx.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto.
 - *O* – Comuníquese con **Medicare**, al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida que cancelen la inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2025.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Extra Help” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura a través de un empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si recientemente se mudó a, o actualmente vive 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 cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de planes o cambiar a Original Medicare por dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en cada estado. En Wisconsin, el SHIP se llama State of Wisconsin - Board on Aging and Long Term Care (BOALTC).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a personas con Medicare. Los consejeros de State of Wisconsin - Board on Aging and Long-Term Care pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a State of Wisconsin - Board on Aging and Long-Term Care a los números de teléfono que se enumeran a continuación.

SHIP de Wisconsin

State of Wisconsin - Board on Aging and Long-Term Care

1402 Pankratz Street, Suite 111

Madison, WI 53704-4001

1.800.242.1060 (esta llamada es gratuita)

los usuarios de TTY pueden llamar al 711

longtermcare.wi.gov

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación detallamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Extra Help” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para “Extra Help” para cubrir sus costos de medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no tendrán una multa por inscripción tardía. Para averiguar si califica para esta ayuda, llame a:
 - 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;
 - La Oficina del Seguro Social al 1.800.772.1213 entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.325.0778; o
 - Su oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Wisconsin tiene un programa llamado Wisconsin SeniorCare que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Asistencia para el costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug

Assistance Program, 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 vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Part D que también están cubiertos por el ADAP califican para asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados a través del ADAP estatal. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP de su estado a los números que se incluyen a continuación.

ADAP de Wisconsin

Wisconsin Department of Health Services

Division of Public Health

Attn: ADAP

P.O. Box 2659

Madison, WI 53701-2659

608.266.1251 o 1.800.991.5532 (esta llamada es gratuita)

TTY: llame al 711 o al Servicio de Retransmisión de Wisconsin al 1.800.947.3529 (esta llamada es gratuita)

- **El Plan de pago de medicamentos de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus costos de desembolso directo de medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a administrar los costos repartiéndolos en **pagos mensuales que varían durante el año** (enero – diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a manejar sus gastos, pero no le hace ahorrar dinero ni reduce sus costos de medicamentos.**
- La “Extra Help” de Medicare y la ayuda del SPAP y el ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y 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 715.631.7411 o 1.855.931.4850 (esta llamada es gratuita), de 8 am – 8 pm, los siete días de la semana. Para usuarios de TTY, llame al 715.631.7413 o al 1.855.931.4852 (esta llamada es gratuita), de 8 am – 8 pm, los siete días de la semana, o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1. Obtener ayuda de Aspirus Health Plan Essential Rx

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al Cliente, al 715.631.7411 o al 1.855.931.4850 (esta llamada es gratuita). Solo los usuarios de TTY deben llamar al 715.631.7413 o al 1.855.931.4852 (esta llamada es gratuita). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana.

Lea su *Evidence of Coverage* 2025 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más detalles, consulte la *Evidence of Coverage* 2025 para Aspirus Health Plan Essential Rx. La *Evidence of Coverage* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidence of Coverage* se encuentra en nuestro sitio web en **medicare.aspirushealthplan.com/member-resources**. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidence of Coverage*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en **medicare.aspirushealthplan.com**. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Provider and Pharmacy Directory*) y la *List of Covered Drugs (Lista de medicamentos cubiertos) (Formulary/Drug List (Formulario/Lista de medicamentos))*.

Sección 7.2. Obtener 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. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted* 2025

Lea el manual *Medicare y usted* 2025. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048.



PO Box 51

Minneapolis, MN 55440

715.631.7411 o 1.855.931.4850 (esta llamada es gratuita)

TTY: 715.631.7413 o 1.855.931.4852 (esta llamada es gratuita),

de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana

[medicare.aspirushealthplan.com](https://www.medicare.aspirushealthplan.com)

U12670 Spanish (U50000) (08/2024) © 2024 Aspirus Health Plan. Todos los derechos reservados.