

## **NaviCare® HMO SNP (un Plan de Necesidades Especiales HMO de Medicare) ofrecido por Fallon Community Health Plan (Fallon Health)**

### **Aviso anual de cambios para 2025**

Actualmente está inscrito como miembro de NaviCare HMO SNP. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para ver el Resumen de cambios importantes.** NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

En este documento, se explican los cambios que se aplicarán a su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [fallonhealth.org/navicare](https://fallonhealth.org/navicare). También puede llamar al Servicio para los Inscritos para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

---

#### **Qué hacer ahora**

##### **1. PREGUNTE:** ¿qué cambios se aplican a usted?

- ☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.  
NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médicos, hospitales).  
NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.
  - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y el costo compartido. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.
  - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costo compartido. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.
  - Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma hoy en día sigan estando cubiertos.
  - Compare la información de los planes de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad, para 2025.
- ☐ Compruebe si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, formarán parte de nuestra red el año que viene.
- ☐ Compruebe si cumple los requisitos para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional” de Medicare.
- ☐ Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

## 2. **COMPARE:** conozca otras opciones de plan.

- ☐ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o consulte la lista al final de su manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. Para obtener ayuda adicional, comuníquese con el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) de Massachusetts para hablar con un asesor capacitado. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.
- ☐ Una vez que haya reducido sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y su cobertura en el sitio web del plan. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

## 3. **ELIJA:** decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en NaviCare HMO SNP.
- Si desea **cambiarse a un plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. La nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. De este modo, finalizará su afiliación a NaviCare HMO SNP.
- Consulte la Sección 2.2, en la página 12, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se ha mudado hace poco o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un centro de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o pasarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si se ha mudado recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes en que se mude.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en español.
- Llame al Servicio para los Inscritos al 1-877-700-6996 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al número 711 de TRS). El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana). Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible sin cargo en formatos alternativos, como braille, letras grandes o audio.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio 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 obtener más información.

## Acerca de NaviCare HMO SNP

- Fallon Health es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Massachusetts. La inscripción en Fallon Health depende de la renovación del contrato. NaviCare es un programa voluntario asociado con MassHealth/EOHHS y los CMS. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Massachusetts para coordinar sus beneficios de MassHealth (Medicaid).

NOTA: MassHealth está obligado por ley federal a recuperar dinero de los bienes de ciertos miembros de MassHealth que tienen 55 años o más, o miembros de cualquier edad que estén recibiendo atención a largo plazo en un hogar de convalecencia o en otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación de patrimonio de MassHealth, visite [www.mass.gov/estaterecovery](http://www.mass.gov/estaterecovery).

- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Fallon Community Health Plan (Fallon Health). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a NaviCare HMO SNP.

## ***Aviso anual de cambios para 2025***

### **Índice**

|                                                                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen de cambios importantes para 2025.....</b>                                                      | <b>5</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios para el próximo año.....</b>                                       | <b>6</b>  |
| Sección 1.1: Cambios en la prima mensual: los miembros de NaviCare no pagan prima .....                   | 6         |
| Sección 1.2: Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....                                        | 6         |
| Sección 1.3: Cambios en los beneficios para servicios médicos .....                                       | 7         |
| Sección 1.4: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....                      | 11        |
| <b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....</b>                                                        | <b>13</b> |
| Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en NaviCare HMO SNP .....                                           | 13        |
| Sección 2.2: Si desea cambiarse de plan.....                                                              | 13        |
| <b>SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan .....</b>                                                       | <b>14</b> |
| <b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y MassHealth (Medicaid).....</b> | <b>15</b> |
| <b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>                           | <b>15</b> |
| <b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? .....</b>                                                                  | <b>16</b> |
| Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de NaviCare HMO SNP.....                                                  | 16        |
| Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare .....                                                         | 16        |
| Sección 6.3: Cómo recibir ayuda de MassHealth (Medicaid) .....                                            | 17        |

**Resumen de cambios importantes para 2025**

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2024 y 2025 para NaviCare HMO SNP en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Como usted es elegible para la asistencia del costo compartido de Medicare conforme a MassHealth (Medicaid), usted paga \$0 en concepto de deducible, visitas al consultorio del médico y estadías en el hospital para pacientes internados.

| Costo                                                                                                           | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>NOTA: Los miembros de NaviCare no pagan prima.                                 | \$0             | \$0                |
| <b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b><br>(Consulte la Sección 1.4 para obtener detalles). | \$0             | \$0                |

## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios para el próximo año

### Sección 1.1: Cambios en la prima mensual: los miembros de NaviCare no pagan prima

| Costo                                                                                                                                              | 2024 (este año)                                                    | 2025 (próximo año)                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual</b><br>(Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que MassHealth [Medicaid] la pague por usted). | \$0                                                                | \$0                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Reducción de la prima de la Parte B de Medicare</b>                                                                                             | <u>No</u> hay una reducción de la prima de la Parte B de Medicare. | Recibe una reducción de \$1.06 de la prima mensual de la Parte B. La reducción de la prima solo se aplica a las cantidades que usted u otras personas pagan en su nombre por la prima de la Parte B de Medicare. |

### Sección 1.2: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [fallonhealth.org/navicare](https://fallonhealth.org/navicare). También puede llamar al Servicio para los Inscritos para solicitar información actualizada sobre proveedores o farmacias, o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, que le enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025* ([fallonhealth.org/navicare](https://fallonhealth.org/navicare)) para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Habr  cambios en nuestra red de farmacias el año próximo. **Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025* ([fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare)) para saber qué farmacias pertenecen a nuestra red.**

Es importante que tenga en cuenta que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y farmacias que forman parte de su plan. Si le afecta un cambio de proveedores a mitad de año, póngase en contacto con el Servicio para los Inscritos para que podamos ayudarle.

### Sección 1.3: Cambios en los beneficios para servicios médicos

Tenga en cuenta que en el *Aviso anual de cambios* se informan los cambios en los costos y beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

El año que viene modificaremos los beneficios de determinados servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

| Costo                     | 2024 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2025 (próximo a o)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios dentales</b> | <p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos de implantes dentales.</p> <p>Se requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para la odontología integral, incluidas las endodoncias, extracciones, servicios de cirugía oral (con excepción de la extracción o exposición de dientes impactados), periodoncia, prostodoncia, servicios de restauración y otras cirugías orales/maxilofaciales.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:<br/>Adición, reparación o extracción de mantenedores de espacio fijos o extraíbles, regeneración pulpar, extracción o ferulización de</p> | <p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos de implantes dentales para hasta cuatro implantes por año calendario. Los implantes dentales se limitan a uno cada cinco años por diente.</p> <p>Se requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para servicios generales complementarios, diagnósticos, endodoncia, implantes y servicios relacionados, servicios dentales de Medicare, cirugía oral/maxilofacial (con excepción de la extracción de dientes impactados), periodoncia, prostodoncia (removible y fija) y servicios de restauración.</p> <p>Los servicios cubiertos <u>no</u> incluyen lo siguiente:</p> |

| Costo                                                                        | 2024 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2025 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                              | restos coronales, extracción radicular sin endodoncia, corona anatómica, injerto de sustitución ósea, regeneración tisular e injertos, aparato protector oclusal y reparación, fibrotomía transeptal, reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa, sustitución de todos los dientes de prótesis maxilares o mandibulares y reimplantación dental. | Adición, reparación o extracción de mantenedores de espacio fijos o extraíbles, regeneración pulpar, extracción o ferulización de restos coronales, extracción radicular sin endodoncia, corona anatómica, injerto de sustitución ósea, regeneración tisular e injertos, aparato protector oclusal y reparación, fibrotomía transeptal, reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa, sustitución de todos los dientes de prótesis maxilares o mandibulares y reimplantación dental. |
| <b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b>                          | SilverSneakers® está cubierto.<br>WW® está cubierto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SilverSneakers® <u>no</u> está cubierto.<br>WW® <u>no</u> está cubierto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Atención de salud conductual para pacientes externos</b>                  | Se requiere autorización previa para el tratamiento de estimulación magnética transcraneal (EMT), la terapia electroconvulsiva (TEC), la evaluación neuropsicológica y el tratamiento intensivo para pacientes externos (IOP).                                                                                                                       | Se requiere autorización previa para el tratamiento de estimulación magnética transcraneal (EMT), la terapia electroconvulsiva (TEC) y el tratamiento intensivo para pacientes externos (IOP).                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Pruebas de diagnóstico y material terapéutico para pacientes externos</b> | <u>No</u> es necesaria una remisión para pruebas de diagnóstico, procedimientos y análisis de laboratorio para pacientes externos.<br><br>Se requiere autorización previa para las CT, las PET, las MRI, los estudios de medicina nuclear, la terapia de protones,                                                                                   | Se requiere una remisión para las pruebas de diagnóstico, los procedimientos y los análisis de laboratorio para pacientes externos.<br><br>Se requiere autorización previa para las CT, las PET, las MRI, los estudios de medicina nuclear, la terapia de protones,                                                                                                                                                                                                                    |

| Costo                                                  | 2024 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2025 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                        | la radioterapia de intensidad modulada para el cáncer de mama, el tratamiento con oxígeno hiperbárico, los exámenes genéticos y los estudios del sueño (polisomnografía).                                                                                                                                                                                     | la radioterapia de intensidad modulada para el cáncer de mama, el tratamiento con oxígeno hiperbárico, los exámenes genéticos, los estudios del sueño (polisomnografía) y los análisis de laboratorio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b> | <u>No</u> es necesaria una remisión para procedimientos de diagnóstico, pruebas y análisis de laboratorio.                                                                                                                                                                                                                                                    | Se requiere una remisión para los procedimientos de diagnóstico, las pruebas y los análisis de laboratorio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Productos de venta libre</b>                        | <p>Usted paga \$0 por los productos de venta libre aprobados con la tarjeta Save Now, hasta \$162 por trimestre. Usted pagará todos los costos que excedan los \$162 por trimestre.</p> <p>Usted paga \$0 por trimestre por artículos de atención personal y de alimentación aprobados. Usted pagará todos los costos que excedan los \$50 por trimestre.</p> | <p>Con la tarjeta Save Now, usted paga \$0 por los artículos de venta libre aprobados (hasta \$275 por trimestre). Usted pagará todos los costos que excedan los \$275 por trimestre.</p> <p>Los artículos de atención personal y de alimentación <u>no</u> están cubiertos. Los miembros con enfermedades crónicas pueden utilizar la tarjeta Save Now para adquirir productos alimenticios sanos y nutritivos, de forma similar a la oferta de prestaciones del Programa de asistencia nutricional complementaria (SNAP). Los miembros que no padezcan enfermedades crónicas solo pueden utilizar la tarjeta Save Now para la compra de artículos OTC aprobados por Medicare. Consulte el beneficio SSBCI a continuación para obtener más información.</p> |

| Costo                                                                       | 2024 (este año)                                                                             | 2025 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI)</b> | Los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos <u>no</u> están cubiertos. | <p>Los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos están cubiertos.</p> <p>Los miembros con afecciones crónicas que cumplan determinados criterios pueden ser elegibles para beneficios complementarios para enfermos crónicos. Los miembros que cumplan los requisitos tendrán acceso a \$100 de los fondos OTC por trimestre calendario a través de su tarjeta Save Now para comprar alimentos y productos saludables en los comercios minoristas de la red.</p> <p>Las afecciones crónicas incluyen las siguientes: Dependencia crónica al alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, fallo cardíaco crónico, trastornos crónicos e incapacitantes de la salud conductual, trastornos pulmonares crónicos, demencia, diabetes, enfermedad hepática terminal, enfermedad renal terminal, trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular. No todos los miembros con una enfermedad elegible cumplen los requisitos. También se aplican otros criterios de elegibilidad y cobertura.</p> |

| Costo                                                | 2024 (este año)                                                                                                                                                                                                            | 2025 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                      |                                                                                                                                                                                                                            | Las enfermedades crónicas suelen ser afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La afección es diagnosticada por un profesional médico autorizado, incluido su médico de atención primaria, personal de enfermería especializado y proveedores similares. |
| <b>Transporte (que no sea de urgencia ni médico)</b> | Usted paga \$0 por hasta 140 viajes de ida o vuelta cubiertos por MassHealth (Medicaid) por año.                                                                                                                           | Usted paga \$0 por hasta 130 viajes de ida o vuelta cubiertos por MassHealth (Medicaid) por año.                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Atención de la vista</b>                          | Usted paga \$0 por hasta dos pares de anteojos complementarios de hasta \$570. Existe un límite de cobertura del plan de \$570 por año para anteojos complementarios. Usted paga todos los cargos mayores a \$570 por año. | Usted paga \$0 por hasta dos pares de anteojos complementarios de hasta \$403. Existe un límite de cobertura del plan de \$403 por año para anteojos complementarios. Usted paga todos los cargos mayores a \$403 por año.                                                                                    |

## Sección 1.4: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona electrónicamente una copia de nuestra Lista de medicamentos.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, y la modificación de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura para medicamentos a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 5 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con el Servicio para los Inscritos para obtener más información.

En la actualidad, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo sustituimos por una nueva versión genérica con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca al que sustituye. Además, al añadir un nuevo genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero añadir inmediatamente nuevas restricciones.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por 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 hagamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hayamos hecho, pero puede que le llegue después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 11 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también ofrece información sobre medicamentos a los consumidores. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede llamar al Servicio para los Inscritos o preguntarle a su proveedor de atención médica, la persona que hace la receta o el farmacéutico.

## SECCIÓN 2    Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en NaviCare HMO SNP

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que usted haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en nuestro plan NaviCare HMO SNP.

### Sección 2.2: Si desea cambiarse de plan

Esperamos que el año próximo siga siendo miembro de nuestro plan, pero, si desea cambiar en 2025, siga estos pasos:

#### Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

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](http://www.medicare.gov/plan-compare)), consulte el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*, llame a su Programa de asistencia en seguros de salud de Massachusetts (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Como recordatorio, Fallon Community Health Plan (Fallon Health) ofrece otros planes de salud de Medicare y otros planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

#### Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el plan nuevo. Su inscripción en NaviCare HMO SNP se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en el plan nuevo de medicamentos. Su inscripción en NaviCare HMO SNP se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, tiene las siguientes posibilidades:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio para los Inscritos si necesita más información sobre cómo hacer esto.
  - *O bien*, comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

### SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

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

#### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen MassHealth (Medicaid), aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Como usted tiene MassHealth (Medicaid), puede cancelar la inscripción de nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluidos los siguientes:

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

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

Si se ha mudado hace poco o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un centro de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si se ha mudado recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes en que se mude.

## SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y MassHealth (Medicaid)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Massachusetts, el SHIP es un programa que se llama Servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas (SHINE).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindarles a las personas que tienen Medicare asesoramiento sobre seguros de salud en forma **gratuita** y en el ámbito local. Los asesores del programa SHINE pueden ayudarle con las preguntas o los problemas relacionados con Medicare que pueda tener. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al SHINE al 1-800-243-4636, TTY/ASCII: 1-800-439-2370. Puede obtener más información sobre el SHINE si visita el sitio web ([www.mass.gov/health-insurance-counseling](http://www.mass.gov/health-insurance-counseling)).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid), comuníquese con MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, TTY: 1-800-497-4648, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan cómo recibe su cobertura de MassHealth (Medicaid).

## SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, se mencionan diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Como usted tiene MassHealth (Medicaid), ya está inscrito en la “Ayuda Adicional”, también denominada subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda Adicional” paga algunas de las primas, los deducibles anuales y los coseguros de los medicamentos con receta. Como usted califica, no tendrá una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda Adicional”, llame:
  - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los siete días de la semana.
  - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien
  - A la Oficina de Medicaid en Massachusetts.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de Massachusetts.** Massachusetts cuenta con un programa denominado Prescription Advantage que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte el Programa estatal de asistencia en seguros de salud de Massachusetts.

## SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

### Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de NaviCare HMO SNP

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio para los Inscritos al 1-877-700-6996. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al número 711 de TRS). Atendemos llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo). Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura* de 2025 (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2025 para NaviCare HMO SNP. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare). También puede llamar al Servicio para los Inscritos para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

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

También puede visitar nuestro sitio web en [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare). Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

### Sección 6.2: Cómo 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), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Contiene información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

**Lea Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)**

Lea el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. Todos los años, en otoño, se envía por correo este documento a los beneficiarios de Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y responde 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) durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

**Sección 6.3: Cómo recibir ayuda de MassHealth (Medicaid)**

---

Para obtener información de MassHealth (Medicaid), puede llamar a MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648.