



ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS) ofrecido por ConnectiCare, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente está inscrito/a como miembro de ConnectiCare Flex Plan 1 (HMO-POS). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

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

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si estos le afectan.
 - Evalúe los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
 - Evalúe los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos y costos de autorización.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Revise si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho/a con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de

planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o consulte la lista que se encuentra al dorso de su manual *Medicare y Usted 2024*.

- Cuando reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS).
- Para cambiar a **otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS).
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de trasladarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con el número del Servicio de Atención a Miembros al **1-800-224-2273** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- También podemos proporcionar información de manera que le sea útil a usted (información en formatos alternativos). Comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros llamando al número que se indicó anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura conforme a 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 Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS)

- ConnectiCare, Inc. es un plan HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento diga “nosotros”, “nos” o “nuestro” hace referencia a ConnectiCare Inc. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS).

H3528_202487CY24_M

Aviso anual de cambios para 2024
Índice

Resumen de costos importantes para 2024 4

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS) en 2024 7

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 8

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual 8

Sección 2.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo 9

Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias 9

Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 10

Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D 21

SECCIÓN 3 Cambios administrativos 25

SECCIÓN 4 Qué plan elegir 26

Sección 4.1: Si desea permanecer en ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS) 26

Sección 4.2: Si desea cambiar de plan 26

SECCIÓN 5 Plazo para cambiar de plan 27

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare 27

SECCIÓN 7 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta 27

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas? 28

Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS) 28

Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare 29

Resumen de costos importantes para 2024

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2023 y los costos de 2024 de ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO- POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este importe. Consulte la Sección 2.1 para conocer los detalles.	\$232.00	\$115.00
Importe de gasto máximo de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).	\$5,300 (Servicios dentro de la red)	\$6,350 (Servicios dentro de la red)
	\$10,000 (Servicios fuera de la red)	\$10,000 (Servicios fuera de la red)
Visitas al consultorio médico	<u>Visitas de atención primaria:</u> Dentro de la red Copago de \$15 por visita Fuera de la red Copago de \$40 por visita	<u>Visitas de atención primaria:</u> Dentro de la red Copago de \$15 por visita Fuera de la red Copago de \$50 por visita
	<u>Visitas a especialistas:</u> Dentro de la red Copago de \$30 por visita Fuera de la red Copago de \$40 por visita	<u>Visitas a especialistas:</u> Dentro de la red Copago de \$35 por visita Fuera de la red Copago de \$50 por visita

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Estancias hospitalarias de pacientes ingresados</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 6: copago de \$285 por día. Copago de \$0 por día por cada día adicional; para cada hospitalización. Sin límite de días. Se requiere autorización previa</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Días 1 a 6: copago de \$450 por día. Copago de \$0 por cada día adicional; para cada hospitalización. Sin límite de días. Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 4: copago de \$375 por día. Copago de \$0 por día por cada día adicional; para cada hospitalización. Sin límite de días. Se requiere autorización previa</p> <p><u>Fuera de la red:</u> 30 % del costo total de cada hospitalización. Sin límite de días. Se requiere autorización previa.</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta Parte D (Consulte la Sección 2.5 para conocer los detalles).</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Deducible: \$300, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$9 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 2: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p>	<p>Deducible: \$300, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$9 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 2: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta Parte D (continuación)</p>	<p>Medicamentos de Nivel 3: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$42 por medicamento con receta.</p>	<p>Medicamentos de Nivel 3: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$42 por medicamento con receta.</p>
	<p>Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>Medicamentos de Nivel 4: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta.</p>	<p>Medicamentos de Nivel 4: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta.</p>
	<p>Medicamentos de Nivel 5: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 27 % del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 27 % del costo total.</p>	<p>Medicamentos de Nivel 5: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 27 % del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 27 % del costo total.</p>
	<p>Medicamentos de Nivel 6: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p>	<p>Medicamentos de Nivel 6: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p>
	<p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Cobertura contra catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cobertura de medicamentos con receta Parte D (continuación)	del costo de sus medicamentos cubiertos. <ul style="list-style-type: none"> • Por cada medicamento con receta, usted pagará el monto que sea mayor de los siguientes: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un copago (\$4.15 por medicamentos genéricos o tratados como genéricos, \$10.35 para todos los demás medicamentos). 	sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS) en 2024

El 1 de enero de 2024, ConnectiCare, Inc. combinará ConnectiCare Flex Plan 1 (HMO-POS) con uno de nuestros planes, ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS). La información contenida en este documento describe las diferencias entre sus beneficios actuales con ConnectiCare Flex Plan 1 y los beneficios que tendrá a partir del 1.º de enero de 2024 como miembro de ConnectiCare Flex Plan 2.

Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2023, le inscribiremos automáticamente en nuestro ConnectiCare Flex Plan 2. Esto significa que a partir del 1.º de enero de 2024, recibirá su cobertura de atención médica y medicamentos con receta a través de ConnectiCare Flex Plan 2. Si desea cambiar de plan o cambiar a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para “Ayuda Adicional”, es posible que pueda cambiar de plan en otras ocasiones.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual	\$232.00	\$115.00
(También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).		
Servicios dentales suplementarios opcionales		
Plan Dental POS con un máximo de \$2,000 por año calendario	No disponible	\$39
Plan Dental POS con un máximo de \$3,000 por año calendario	\$16	\$49
Plan Dental Indemnity con un máximo de \$3,500 por año calendario	\$30	\$69

- Su prima mensual del plan será *mayor* si usted debe pagar una penalidad por inscripción tardía a la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que tenga, como mínimo, la misma calidad de la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si sus ingresos son mayores, es posible que deba pagar un importe adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 para obtener información sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 2.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina importe de gasto máximo de bolsillo. Cuando alcanza este importe, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Importe del gasto máximo de bolsillo Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo.	\$5,300 (Servicios dentro de la red)	\$6,350 (Servicios dentro de la red) Cuando haya pagado \$6,350 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red durante el resto del año calendario.
	\$10,000 (Servicios fuera de la red)	\$10,000 (Servicios fuera de la red) Cuando haya pagado \$10,000 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B fuera de la red, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B fuera de la red durante el resto del año calendario.

Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un directorio, que le enviaremos por correo dentro de los tres días hábiles.

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores 2024 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias 2024 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos implementar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicio de Atención a Miembros para que podamos ayudarle.

Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de ambulancia	<p>Usted paga un copago de \$200 por cada viaje de ida en ambulancia terrestre.</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no son de emergencia.</p>	<p>Usted paga un copago de \$300 por cada viaje de ida en ambulancia terrestre.</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no son de emergencia.</p>
Centro quirúrgico ambulatorio	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$100 por una visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$250 por una visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$150 por una visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por una visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Servicios de rehabilitación cardíaca	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita presencial o por medio de telesalud con un proveedor de la red que ofrezca el servicio de telesalud.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de quiropráctica</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$20 por servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$20 por servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte la sección Servicios dentales suplementarios opcionales a continuación para conocer los beneficios adicionales que pueden estar disponibles para usted.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte la sección Servicios dentales suplementarios opcionales a continuación para conocer los beneficios adicionales que pueden estar disponibles para usted.</p>
<p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$25 para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$25 para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Radiología de diagnóstico</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$200 para los servicios de radiología de diagnóstico.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por radiología de diagnóstico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$250 para los servicios de radiología de diagnóstico.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por radiología de diagnóstico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Suministros, servicios, zapatos e insertos para diabéticos</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total por suministros, servicios, zapatos e insertos para diabéticos.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total por suministros, servicios, zapatos e insertos para diabéticos.</p> <p>Suministros para diabéticos limitados a las marcas de Abbott.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total por suministros, servicios, zapatos e insertos para diabéticos.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 30 % del costo total por suministros, servicios, zapatos e insertos para diabéticos.</p> <p>Suministros para diabéticos limitados a las marcas de Abbott.</p>
<p>Atención de emergencia/Servicios posteriores a la estabilización</p>	<p>Usted paga un copago de \$95 por atención de emergencia/servicios posteriores a la estabilización cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica si el paciente ingresa en el plazo de 1 día</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por atención de emergencia/servicios posteriores a la estabilización cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica si el paciente ingresa en el plazo de 1 día</p>
<p>Servicios de audición</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por un examen auditivo de rutina por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por los exámenes auditivos cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por un examen auditivo de rutina por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por los exámenes auditivos cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por un examen auditivo de rutina por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por los exámenes auditivos cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por un examen auditivo de rutina por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por los exámenes auditivos cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Estadías hospitalarias de pacientes ingresados</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 6: copago de \$285 por día.</p> <p>Copago de \$0 por día por cada día adicional, para cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Días 1 a 6: copago de \$450 por día. Copago de \$0 por cada día adicional; para cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 4: copago de \$375 por día.</p> <p>Copago de \$0 por día por cada día adicional, para cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 30 % del costo total de cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Estadías de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$1,871 por cada estadía de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por cada estadía de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$2,179 por cada estadía de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por cada estadía de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de laboratorio</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 por los servicios de laboratorio prestados en un consultorio o centro independiente.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por los servicios de laboratorio realizados en todas las demás ubicaciones.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total de los servicios de laboratorio.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 por los servicios de laboratorio prestados en un consultorio o centro independiente.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por los servicios de laboratorio realizados en todas las demás ubicaciones.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios de laboratorio.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Medicamentos de Medicare Parte B</p>	<p>Usted paga el 10 % del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare en el hogar.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare dispensados en una farmacia minorista, en una farmacia de pedidos por correo, en el consultorio del médico y en un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de insulina cubierta de la Parte B.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga el 0% al 10 % del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare en el hogar.</p> <p>Usted paga el 0% al 20 % del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare dispensados en una farmacia minorista, en una farmacia de pedidos por correo, en el consultorio del médico y en un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga menos si su medicamento está en la lista de reembolsos de medicamentos de la Parte B de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La lista cambia en forma trimestral.</p> <p>Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de insulina cubierta de la Parte B.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cuidado de la salud mental del paciente ambulatorio</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por servicios de salud mental, incluida la visita individual de cuidado de la salud mental por telesalud.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios de salud mental. Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por servicios de salud mental, incluida la visita individual de cuidado de la salud mental por telesalud.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios de salud mental. Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de terapia ocupacional</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por terapia ocupacional.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por terapia ocupacional.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por terapia ocupacional.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por terapia ocupacional.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por servicios del programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por servicios del programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por servicios del programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por servicios del programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios dentales suplementarios opcionales</p> <p>Disponibles por una prima mensual adicional.</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Según la opción comprada</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 para los servicios dentales preventivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales • Radiografías de aleta de mordida • Profilaxis/limpiezas • Tratamientos con fluoruro • Serie completa (una serie o Panorex) <p>Después de pagar el deducible de \$100: Usted paga el 20 % del costo total de los servicios dentales básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones • Diagnóstico • No de rutina 	<p>Según la opción comprada</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 para los servicios dentales preventivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales • Radiografías de aleta de mordida • Profilaxis/limpiezas • Tratamientos con fluoruro • Serie completa (una serie o Panorex) <p>Después de pagar el deducible de \$100: Usted paga el 20 % del costo total de los servicios dentales básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones • Diagnóstico • No de rutina

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales suplementarios opcionales</p> <p>Disponibles por una prima mensual adicional.</p> <p>(continuación)</p>	<p>Después de pagar el deducible de \$100:</p> <p>Usted paga el 50 % del costo total de los servicios dentales mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia • Cirugía bucal • Dentaduras postizas parciales y completas <p>Se requiere autorización previa.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Después de su participación en los costos dentro de la red, usted paga la diferencia entre la tarifa del plan y los cargos del dentista.</p> <p>\$16 de prima mensual para el Plan Dental PPO con un máximo de \$3,000 por año calendario</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p>Usted paga el 50 % del costo total de todos los servicios dentales preventivos e integrales</p> <p>\$30 de prima mensual para el Plan Dental Indemnity con un máximo de \$3,500 por año calendario</p>	<p>Después de pagar el deducible de \$100:</p> <p>Usted paga el 50 % del costo total de los servicios dentales mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia • Cirugía bucal • Dentaduras postizas parciales y completas <p>Se requiere autorización previa.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Después de su participación en los costos dentro de la red, usted paga la diferencia entre la tarifa del plan y los cargos del dentista.</p> <p>\$49 de prima mensual para el Plan Dental POS con un máximo de \$3,000 por año calendario</p> <p>\$39 de prima mensual para el Plan Dental POS con un máximo de \$2,000 por año calendario</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p>Usted paga el 50 % del costo total de todos los servicios dentales preventivos e integrales</p> <p>\$69 de prima mensual para el Plan Dental Indemnity con un máximo de \$3,500 por año calendario</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$200 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$250 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de observación para pacientes ambulatorios</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$200 por servicios de observación para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total de los servicios de observación para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$250 por servicios de observación para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios de observación para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios relacionados al abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por consulta ambulatoria de abuso de sustancias o mediante telesalud.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por consulta ambulatoria de abuso de sustancias o mediante telesalud.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de fisioterapia y terapia del habla</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por servicios de fisioterapia y terapia del habla.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por servicios de fisioterapia y terapia del habla.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por servicios de fisioterapia y terapia del habla.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por servicios de fisioterapia y terapia del habla.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$15 por cada visita al médico de atención primaria o mediante telesalud.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por cada visita a consultorio de especialistas o mediante telesalud.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por cada visita al médico de atención primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada visita a consultorio de especialistas.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$15 por cada visita al médico de atención primaria o mediante telesalud.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita a consultorio de especialistas o mediante telesalud.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por cada visita al médico de atención primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por cada visita a consultorio de especialistas.</p>
<p>Servicios de podología</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$20 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$15 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago del 50 % para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios psiquiátricos</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por consulta de servicios psiquiátricos, incluidas las visitas individuales de telesalud con un proveedor de la red que ofrece el servicio por telesalud.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios psiquiátricos. Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por consulta de servicios psiquiátricos, incluidas las visitas individuales de telesalud con un proveedor de la red que ofrece el servicio por telesalud.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total de los servicios psiquiátricos. Se requiere autorización previa.</p>
<p>Tecnologías de acceso remoto/Teladoc®</p>	<p>Usted paga un copago de \$45 por cada servicio de Teladoc® cubierto.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de Teladoc® cubierto.</p>
<p>Atención en un Centro de enfermería especializada (SNF)</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 cada día por servicios cubiertos por Medicare para los días 1 a 20; un copago de \$196 cada día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100, en cada periodo de beneficios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por los servicios en un centro de enfermería especializada. Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 cada día por servicios cubiertos por Medicare para los días 1 a 20. Un copago de \$203 cada día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100, en cada periodo de beneficios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por los servicios en un centro de enfermería especializada. Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de terapia de ejercicio supervisado</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por los servicios de terapia de ejercicio supervisado cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por los servicios de terapia de ejercicio supervisado cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$25 por los servicios de terapia de ejercicio supervisado cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por los servicios de terapia de ejercicio supervisado cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención urgentemente necesaria</p>	<p>Usted paga un copago de \$30 por visita para los servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$35 por visita para los servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención de la vista	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por un examen de la vista de rutina anual.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por un examen de la vista de rutina anual.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.</p>
Servicios de emergencia en todo el mundo	<p>Usted paga \$95 de copago por servicios de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de urgencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</p>	<p>Usted paga \$100 de copago por servicios de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de urgencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</p>
Ambulancia terrestre en todo el mundo	<p>Usted paga un copago de \$200 por cada viaje en ambulancia terrestre en todo el mundo.</p> <p>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y atención médica urgente en todo el mundo.</p>	<p>Usted paga un copago de \$300 por cada viaje en ambulancia terrestre en todo el mundo.</p> <p>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y atención médica urgente en todo el mundo.</p>
Atención de urgencia en todo el mundo	<p>Usted paga \$95 de copago por atención de urgencia en todo el mundo.</p> <p>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</p>	<p>Usted paga \$100 de copago por atención de urgencia en todo el mundo.</p> <p>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</p>
Radiografías	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por cada radiografía cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 20 % del costo total por las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por cada radiografía cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40 % del costo total por las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D

Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Farmacopea o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de la “Lista de medicamentos” por vía electrónica.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, lo que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o trasladarlos a un nivel de participación en los costos diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento se ha trasladado a un nivel diferente de participación en los costos.**

La mayor parte de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos para el inicio de cada año. Sin embargo, es posible que, durante el año, hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la FDA considera inseguros o que un fabricante de productos retira del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista de medicamentos más reciente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Para obtener más información, comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si se encuentra en un programa que ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un folleto por separado, denominado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para sus medicamentos con receta” (también denominada Cláusula de subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre de 2023, llame al Servicio de Atención a Miembros y solicite la Cláusula LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información muestra los cambios respecto de las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de interrupción de cobertura o la Etapa de cobertura contra catástrofes).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (marca preferida), de Nivel 4 (medicamento no preferido) y de Nivel 5 (nivel de especialidad) hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.</p>	<p>El deducible es de \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga una participación en los costos estándar de \$9 y una participación en los costos preferida de \$2 por medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos).</p> <p>Una participación en los costos estándar de \$20 y una participación en los costos preferida de \$10 por medicamentos del Nivel 2 (genéricos);</p> <p>Una participación en los costos estándar de \$0 y una participación en los costos preferida de \$0 por medicamentos del Nivel 6 (medicamentos de atención selecta);</p> <p>Y el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (nivel de especialidad) hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga una participación en los costos <i>estándar</i> de \$9 y una participación en los costos preferida de \$2 por medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos).</p> <p>Una participación en los costos estándar de \$20 y una participación en los costos preferida de \$10 por medicamentos del Nivel 2 (genéricos);</p> <p>Una participación en los costos estándar de \$0 y una participación en los costos preferida de \$0 por medicamentos del Nivel 6 (medicamentos de atención selecta);</p> <p>Y el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (nivel de especialidad) hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en la participación en los costos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Cuando usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos y usted paga la participación en los costos que le corresponde.</p> <p>Los costos de esta hilera corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando usted llena sus recetas en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en una categoría diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Su costo de un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$9 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferida): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$42 por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Su costo de un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$9 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferida): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$42 por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 27 % del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 27 % del costo total.</p>	<p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 27 % del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 27 % del costo total.</p>
<p>(continúa en la siguiente página)</p>		

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	<p>Nivel 6 (medicamentos de atención selecta): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de \$4,660 , usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).	<p>Nivel 6 (medicamentos de atención selecta): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de \$5,030 , usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).

Cambios en las etapas de interrupción de cobertura y cobertura contra catástrofes

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa de interrupción de cobertura y la etapa de cobertura contra catástrofes, son para personas con costos de medicamentos altos.

La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de interrupción de cobertura o la Etapa de cobertura contra catástrofes.

A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura contra catástrofes, usted no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Número del paquete de beneficios del plan (PBP)	El número de PBP es 006	El número de PBP es 015
Cambio de nombre del plan de Beneficios Suplementarios Opcionales	Plan Dental PPO	Plan Dental POS

SECCIÓN 4 Qué plan elegir

Sección 4.1: Si desea permanecer en ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS)

Si desea permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS).

Sección 4.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de planes para 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- *O* puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare o no. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible penalidad por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2). Recordatorio: ConnectiCare ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los importes de participación en los costos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el plan nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO- POS).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito. Comuníquese con Servicio de Atención a Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – *O bien* – Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan 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.º de enero de 2024.

¿Hay otros momentos del año para efectuar un cambio?

En determinadas situaciones, también se permite hacer cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” en el pago de sus medicamentos, aquellas que tienen o dejan la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2024, y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte) en cualquier momento.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Connecticut, el SHIP se llama **CHOICES** (programa de Connecticut para asistencia con el seguro de salud, difusión, información y derivación, consejería, detección de elegibilidad [Connecticut’s program for **H**ealth insurance assistance, **O**utreach, **I**nformation and referral, **C**ounseling, **E**ligibility Screening]).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería **gratuita** local sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los consejeros de CHOICES pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a CHOICES al 1-800-994-9422. Para obtener más información sobre CHOICES, visite el sitio web (www.ct.gov/agingservices).

SECCIÓN 7 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta

Puede calificar para recibir ayuda con el pago de los medicamentos con receta.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir “Ayuda Adicional” a fin de pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de sus medicamentos con receta, coseguro y deducibles anuales. Además, quienes califiquen no estarán sujetos a la interrupción de cobertura ni a la penalidad por

inscripción tardía. Para saber si califica, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes por un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con la participación en los costos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que ayudan a salvar vidas. Las personas deben cumplir determinados criterios, lo que incluye una prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de persona sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Connecticut (CADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Connecticut al 1-800-424-3310.

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicio de Atención a Miembros al 1-800-224-2273 (solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2024* (esta contiene 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 2024. Para conocer los detalles, busque ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS) en la *Evidencia de Cobertura de 2024*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.connecticare.com/medicare. A modo de recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Farmacopea* "Lista de medicamentos").

Sección 8.2: Cómo 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Este incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones Estrella de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en área. Para ver la información acerca de los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2024*

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Cada otoño, este documento se envía por correo postal a las personas que tienen Medicare. Allí se incluye un resumen de las protecciones, los derechos y los beneficios de Medicare, y respuestas a las preguntas 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 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 deben llamar al 1-877-486-2048.