

Gracias por permitir que Presbyterian MediCare PPO sea su socio en lo que respecta a la salud. Este documento resume los cambios que puede esperar para el año del plan 2023. También queremos asegurarnos de que tenga acceso a información importante como el Directorio de proveedores de su plan, la lista de medicamentos cubiertos (formulario) y la Evidencia de cobertura (EOC). Abajo encontrará más información sobre dónde encontrar la lista más actualizada de proveedores, farmacias y medicamentos recetados cubiertos de su red, 24/7.

Visite www.phs.org/Medicare y elija, “For Members” para recibir información de como acceder a su:

- **Directorio de proveedores y farmacias**

El Directorio de proveedores y farmacias contiene una lista de todos los proveedores y farmacias disponibles dentro de la red, mediante su plan médico. Usted puede encontrar una lista actualizada de proveedores y farmacias de nuestra red, en cualquier momento.

- **Lista de medicamentos cubiertos (formulario)**

El formulario contiene una lista de medicamentos genéricos y de marca, así como la cantidad de la cobertura o el copago que tendrá que pagar por cada receta. Los formularios estarán disponibles el 15 de octubre de 2022.

- **Evidencia de cobertura (EOC)**

La Evidencia de cobertura es su contrato con Presbyterian que explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan. La EOC estará disponible el 15 de octubre de 2022.

Comuníquese con nosotros

El Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian está aquí para ayudar. Si quiere recibir por correo algunos de estos materiales, comuníquese con nosotros al:



(505) 923-7675
1-800-465-7737
(TTY 711)



Del 1 de octubre al 31 de marzo:

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
(excepto feriados)



info@phs.org

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes
(excepto feriados)



Presbyterian MediCare PPO Plan 1, ofrecido por Presbyterian Insurance Company, Inc.

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente está inscrito como miembro de Presbyterian MediCare PPO Plan 1. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Consulte en la página 4 el Resumen de costos importantes, incluyendo la prima.*

Este documento informa sobre los cambios del plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que está en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. También puede llamar al Servicio al cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

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

Lo que debe hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios le aplican

- Revise los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense en los costos generales de su atención médica.
- Piense si está contento con nuestro plan.

2. COMPARE: obtenga información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su zona. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) que está en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2023*.
- Cuando elija el plan que prefiera, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** decida si quiere cambiar de plan

- Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá en el Presbyterian MediCare PPO Plan 1.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción en el Presbyterian MediCare PPO Plan 1.
- Si se mudó recientemente a, vive actualmente en o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Otros recursos

- Este documento está disponible gratis en español.
- Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian (servicio al cliente) llamando al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., todos los días (excepto los días festivos) **desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo**, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) **desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre**. El servicio al cliente tiene servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
- Esta información está disponible en otros formatos. Comuníquese con el plan para obtener más información.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura de salud elegible (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Información sobre Presbyterian MediCare PPO Plan 1

- Presbyterian MediCare PPO es un plan de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción a Presbyterian MediCare PPO depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Presbyterian Insurance Company, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa el Presbyterian MediCare PPO Plan 1.

Aviso anual de cambios para 2023

Índice

Resumen de costos importantes para 2023	4
SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en el Presbyterian MediCare PPO Plan 1 en 2023	6
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	6
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual	6
Sección 2.2: Cambios al máximo de gastos de bolsillo.....	6
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores	7
Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos	8
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	12
Sección 3.1: Si quiere seguir en Presbyterian MediCare PPO Plan 1	12
Sección 3.2: Si quiere cambiar de plan.....	12
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan	13
SECCIÓN 5 Programas que dan orientación gratis sobre Medicare.....	13
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta	14
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	15
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Presbyterian MediCare PPO Plan 1	15
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	15

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y los costos de 2023 para Presbyterian MediCare PPO Plan 1 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan</p> <p>(Consulte la Sección 2.1 para obtener más información).</p>	\$43	\$43
<p>Máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 2.2 para obtener más información).</p>	<p>De proveedores dentro de la red: \$6,700</p> <p>De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$10,000</p>	<p>De proveedores dentro de la red: \$6,700</p> <p>De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$10,000</p>
<p>Visitas en el consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: Dentro de la red: \$15 de copago por visita.</p> <p>Fuera de la red: \$35 de copago por visita.</p> <p>Visitas a especialistas: Dentro de la red: \$50 de copago por visita.</p> <p>Fuera de la red: \$60 de copago por visita.</p>	<p>Visitas de atención primaria: Dentro de la red: \$15 de copago por visita.</p> <p>Fuera de la red: \$35 de copago por visita.</p> <p>Visitas a especialistas: Dentro de la red: \$50 de copago por visita.</p> <p>Fuera de la red: \$60 de copago por visita.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Estancias en el hospital como paciente hospitalizado</p>	<p>Dentro de la red: Por ingreso, usted paga \$325 de copago por día para los días 1-5.</p> <p>Fuera de la red: Por ingreso, usted paga \$500 de copago por día para los días 1-5.</p> <p>(Sin cargo para el resto de su estancia)</p>	<p>Dentro de la red: Por ingreso, usted paga \$325 de copago por día para los días 1-5.</p> <p>Fuera de la red: Por ingreso, usted paga \$500 de copago por día para los días 1-5.</p> <p>(Sin cargo para el resto de su estancia)</p>

SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en el Presbyterian MediCare PPO Plan 1 en 2023

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare antes del 7 de diciembre de 2022, lo inscribiremos automáticamente en nuestro Presbyterian MediCare PPO Plan 1. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2023, obtendrá su cobertura médica a través del Presbyterian MediCare PPO Plan 1. Si quiere cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, podría cambiar de plan en otro momento.

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

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$43	\$43
Cobertura dental complementaria opcional La prima de este plan se aplica a usted solo si se inscribe en nuestro Plan dental completo.	\$19	\$19

Sección 2.2: Cambios al máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga “de su bolsillo” por el año. Este límite se llama “máximo de gastos de bolsillo”. Una vez que alcance esta cantidad, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) de los proveedores de la red cuentan como parte del máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. La prima de su plan no cuenta para el máximo de gastos de bolsillo.</p>	\$6,700	<p>\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de proveedores de la red, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>
<p>Máximo de gastos de bolsillo combinado</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su máximo de gastos de bolsillo. La prima de su plan no cuenta para el máximo de gastos de bolsillo.</p>	\$10,000	<p>\$10,000</p> <p>Una vez que haya pagado \$10,000 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los proveedores dentro y fuera de la red por el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores

Hay una copia actualizada del *Directorio de proveedores* en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. También puede llamar al servicio al cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores para 2023 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que hagamos cambios durante el año en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con el servicio al cliente para que podamos ayudarlo.

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

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

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presta un proveedor calificado para prestar servicios de emergencias, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted tiene síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de los servicios prestados dentro de la red.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>\$90 de copago por visita en el departamento de emergencias</p> <p>Este copago no aplica si lo hospitalizan en el plazo de 24 horas por la misma condición.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se estabilizó su condición de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para pagar la cantidad de costo compartido de la red por la parte de su estancia después de ser estabilizado. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estancia se cubrirá, pero usted pagará la cantidad de costo compartido por la parte de su estancia después de ser estabilizado.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>\$95 de copago por visita en el departamento de emergencias</p> <p>Este copago no aplica si lo hospitalizan en el plazo de 24 horas por la misma condición.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se estabilizó su condición de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para pagar la cantidad de costo compartido de la red por la parte de su estancia después de ser estabilizado. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estancia se cubrirá, pero usted pagará la cantidad de costo compartido por la parte de su estancia después de ser estabilizado.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Atención de emergencia (continuación)</p> <p>Tiene cobertura en todo el mundo para emergencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tendrá que hacer su copago de atención en la sala de emergencias. • El transporte aéreo y terrestre de emergencia está cubierto hasta el centro apropiado más cercano. <p>Es posible que deba presentar un reclamo de reembolso a menos que el proveedor acepte facturarnos (Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 de su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información).</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>\$90 de copago</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>\$95 de copago</p>
<p>Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología terapéutica 	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga 20% de coseguro</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 20% de coseguro</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital</p> <p>Los servicios de observación son servicios para pacientes ambulatorios en el hospital que se prestan para determinar si necesitan hospitalizarlo o si lo pueden dar de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación de pacientes ambulatorios en un hospital estén cubiertos, es necesario que cumplan los criterios de Medicare y que se consideren razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de certificación y los estatutos del personal del hospital para hospitalizar a los pacientes o pedir pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para hospitalizarlo, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por servicios ambulatorios en un hospital. Aunque pase la noche en el hospital, lo pueden considerar un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números 24/7.</p>	<p>Dentro de la red: \$90 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: \$95 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 20% de coseguro</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios necesarios de urgencia</p> <p>Los servicios necesarios de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden prestar proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores dentro la red no estén disponibles o sean inaccesibles temporalmente.</p> <p>El costo compartido por servicios necesarios de urgencia prestados fuera de la red es el mismo que para esos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Dentro de nuestra área de servicio: Debe obtener atención de urgencia de los proveedores dentro de la red, a menos que nuestra red de proveedores no esté disponible o esté inaccesible temporalmente por circunstancias inusuales y extraordinarias (por ejemplo, un desastre grave).</p> <p>Fuera de nuestra área de servicio: Tiene cobertura de atención de urgencia en todo el mundo cuando viaja si necesita atención médica de inmediato por una enfermedad o una lesión imprevista y cree razonablemente que su salud se deterioraría gravemente si se demorara el tratamiento hasta que regresara a nuestra área de servicio. Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 3 de su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>	<p>Dentro de la red: \$15 de copago por visita</p> <p>Fuera de la red: \$65 de copago por visita</p>	<p>Dentro de la red: \$15 de copago por visita</p> <p>Fuera de la red: \$60 de copago por visita</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si quiere seguir en Presbyterian MediCare PPO Plan 1

Para seguir en nuestro plan no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente como miembro de nuestro Presbyterian MediCare PPO Plan 1 para 2023.

Sección 3.2: Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si quiere cambiarse para el año 2023, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan médico de Medicare distinto,
- --O-- Puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede haber una posible penalización por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) [www.medicare.gov/plan-compare], lea el manual *Medicare y usted 2023*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Recuerde que Presbyterian tiene otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan médico de Medicare**, inscríbese en el plan nuevo. Se cancelará su inscripción automáticamente de Presbyterian MediCare PPO Plan 1.
 - Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará su inscripción automáticamente de Presbyterian MediCare PPO Plan 1.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted:
 - Debe enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - --O-- debe comunicarse con **Medicare** 24/7 llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo **desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2023.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras fechas. Los ejemplos incluyen personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2023 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

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

SECCIÓN 5 Programas que dan orientación gratis sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en todos los estados. En Nuevo México, al SHIP se lo conoce como “Departamento de Servicios a Largo Plazo y Envejecimiento de Nuevo México” (New Mexico Aging and Long-Term Services).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación local **gratis** sobre seguros médicos a personas con Medicare. Los consejeros del Departamento de Servicios a Largo Plazo y Envejecimiento de Nuevo México pueden ayudarlo con sus preguntas o con sus problemas con Medicare. Ellos pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Departamento de Servicios a Largo Plazo y Envejecimiento de Nuevo México al 1-800-432-2080 o TTY (505) 476-4937. Para obtener más información de los Servicios de Largo Plazo y Envejecimiento de Nuevo México, visite su sitio web (www.nmaging.state.nm.us/).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán un período sin cobertura ni una penalización por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar 24/7 al 1-877-486-2048;
 - La Oficina del Seguro Social (Social Security Office) al 1-800-772-1213 entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes) o
 - A su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **¿Qué pasa si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?** El ADAP ayuda a que las personas que tienen VIH/Sida y que son elegibles para el programa tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para los medicamentos con receta del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida del Departamento de Salud de Nuevo México (New Mexico Department of Health). Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo tener un comprobante de residencia en el estado y de su situación de VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo que define el estado y un comprobante de su situación como persona sin seguro/con cobertura de seguro insuficiente.
- Si usted actualmente está inscrito en un ADAP, este podría continuar dándole asistencia con los costos compartidos para obtener medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que estén en el formulario del ADAP. Para asegurarse de que continúe recibiendo esta asistencia, avise a su trabajador local de inscripción en el Programa de Asistencia con Medicamentos contra el SIDA sobre cualquier cambio en su nombre de plan o número de póliza de la Parte D de Medicare al ponerse en contacto con el ADAP del Departamento de Salud de Nuevo México:

New Mexico Department of Health AIDS Drug Assistance Program (ADAP)
1190 S. St. Francis Dr.
Santa Fe, NM 87502

Para obtener información de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida del Departamento de Salud de Nuevo México al (505) 827-2435.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Presbyterian MediCare PPO Plan 1

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Comuníquese con el Servicio al cliente llamando al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto días festivos) **desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo**, y de lunes a viernes (excepto días festivos) **desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre**. Lea su *Evidencia de cobertura* de 2023 (tiene información sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el año 2023. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2023* para Presbyterian MediCare PPO Plan 1. 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 recibir los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. También puede llamar al Servicio al cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*).

Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar 24/7 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted 2023*

Lea el manual *Medicare y usted 2023*. Cada otoño, se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare y las 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 24/7 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.