

Gracias por permitir que Presbyterian Senior Care 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 Senior Care Plan 2 with Rx (HMO), ofrecido por Presbyterian Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente está inscrito como miembro del Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO). 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 los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura* que está en nuestro sitio web: 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 costos de atención médica (médico, hospital)
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluyendo los requisitos de autorización y los costos
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos
- Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- 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 que está 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 inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá en el Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO).
- 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 Senior Care Plan 2 with Rx (HMO).
- 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 el Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO)

- Presbyterian Senior Care (HMO) es un plan Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare. La inscripción en el Presbyterian Senior Care Plan (HMO) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Presbyterian Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa el Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO).

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 Senior Care Plan 2 with Rx (HMO) 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 en su máximo de gastos de bolsillo	7
Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....	7
Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos	7
Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	15
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	18
Sección 3.1: Si quiere seguir en el Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO).....	18
Sección 3.2: Si quiere cambiar de plan.....	18
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan	19
SECCIÓN 5 Programas que dan orientación gratis sobre Medicare.....	20
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta	20
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	21
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda del Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO).....	21
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	21

Resumen de costos importantes para 2023

En el cuadro de abajo se comparan los costos de 2022 y 2023 del Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO) 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>*La prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la sección 2.1 para obtener más información).</p> <p>(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).</p>	\$0	\$0
<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>	\$4,500	\$4,500
<p>Visitas en el consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$5 de copago por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$50 de copago por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$45 de copago por visita</p>
<p>Estancias en el hospital como paciente hospitalizado</p>	<p>Por ingreso, usted paga: \$325 de copago por día para los días 1-5.</p> <p>(Sin cargo por el resto de la estancia)</p>	<p>Por ingreso, usted paga: \$325 de copago por día para los días 1-5.</p> <p>(Sin cargo por el resto de la estancia)</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le enviaremos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al servicio al cliente.</p> <p>(Consulte la Sección 2.6 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 • Nivel 2 de medicamentos: \$10 • Nivel 3 de medicamentos: \$45 • Nivel 4 de medicamentos: \$95 • Nivel 5 de medicamentos: 33% de coseguro 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 • Nivel 2 de medicamentos: \$10 • Nivel 3 de medicamentos: \$45 • Nivel 4 de medicamentos: \$95 • Nivel 5 de medicamentos: 33% de coseguro

SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en el Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO) en 2023

Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2022, lo inscribiremos automáticamente en nuestro Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2023, obtendrá su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta mediante el Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO). Si quiere cambiar de plan o pasar 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	\$0	\$0
(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).		
Cobertura dental complementaria opcional		
La prima de este plan se aplica a usted solo si se inscribe en nuestro Plan dental completo.	\$9	\$9

- La prima mensual de su plan será mayor si usted debe pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura acreditable”) por 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” con los costos de medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 sobre la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 2.2: Cambios en su 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 alcanza 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)
Máximo de gastos de bolsillo	\$4,500	\$4,500
Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan como parte del máximo de gastos de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$4,500 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados están en nuestro sitio web: www.phs.org/Medicare. También puede llamar al servicio al cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias 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.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores para 2023* para ver qué farmacias 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) y las farmacias 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 dar 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>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 tenga que presentar un reclamo de reembolso si el proveedor no acepta facturarnos (consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información).</p>	<p>Dentro y fuera de la red: \$90 de copago por visita en el departamento de emergencias</p> <p>Este copago no aplica si lo hospitalizan en un 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 regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención <i>O</i> debe recibir atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red que autorizó el plan y su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>	<p>Dentro y fuera de la red: \$110 de copago por visita en el departamento de emergencias</p> <p>Este copago no aplica si lo hospitalizan en un 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 regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención <i>O</i> debe recibir atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red que autorizó el plan y su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia (radio e isótopos), incluyendo suministros y materiales técnicos 	<p>Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p>Sin cargo</p>	<p>Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro</p>
<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 si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p>	<p>\$90 de copago</p>	<p>\$110 de copago</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital (continuación)</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>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se presta como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital o en un centro de salud mental de la comunidad. Este programa es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Para coordinar los servicios cubiertos, póngase en contacto con la línea de Salud del comportamiento al 1-800-424-4657.</p>	<p>Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p>\$50 de copago por la hospitalización parcial para el tratamiento psiquiátrico</p>	<p>Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p>\$45 de copago por la hospitalización parcial para el tratamiento psiquiátrico</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios de un médico/profesional, incluyendo las visitas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio hechos por su especialista, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico • Segunda opinión de otro proveedor dentro de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico) 	<p>Visita en el consultorio del PCP/otros profesionales de atención médica: \$5 de copago</p> <p>Visitas a especialistas: \$50 de copago</p>	<p>Visita en el consultorio del PCP/otros profesionales de atención médica: \$0 de copago</p> <p>Visitas a especialistas: \$45 de copago</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que se encuentran naturalmente en el organismo, como factores de coagulación). • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos solo comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente dan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente hacen los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente prestan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente dan los SNF • Servicios de un médico/profesional 	<p>Se necesita autorización.</p> <p>Por ingreso, usted paga: Sin cargo para los días 1-20</p> <p>\$95 de copago por día para los días 21-65</p> <p>Sin cargo para los días 66-100</p> <p>Usted está cubierto hasta por 100 días en un SNF. Es responsable del 100% de los costos de los 101 días en adelante por ingreso.</p>	<p>Se necesita autorización.</p> <p>Por ingreso, usted paga: Sin cargo para los días 1-20</p> <p>\$95 de copago por día para los días 21-100</p> <p>Es responsable del 100% de los costos de los 101 días en adelante por ingreso.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>Generalmente, recibirá su atención de SNF en clínicas de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones listadas abajo, es posible que pueda pagar costos compartidos dentro la red por un centro que no es un proveedor dentro de la red, si el centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una residencia de adultos mayores o una comunidad de jubilación de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que dé atención de centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge viva en el momento que usted salga del hospital. 		

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 recibir 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 pospusiera 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>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Atención de la vista		
<ul style="list-style-type: none"> Asignación de rutina de anteojos con receta para monturas, lentes, lentes de contacto y ajustes de lentes de contacto 	Asignación de \$250 por año	Asignación de \$265 por año

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama “Formulario” o “Lista de medicamentos”. Recibirá una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico.

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

Si recibió una excepción al formulario en 2022, deberá presentar una nueva solicitud para 2023.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar de inmediato los medicamentos que la FDA considera inseguros o que el fabricante del producto haya retirado del mercado. Ponemos al día nuestra Lista de medicamentos en línea para tener la lista más actualizada.

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 intentar encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el servicio al cliente para obtener más información.

A partir de 2023, podemos quitar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o menor y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a otro nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones, o las dos cosas.

Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca que va a ser reemplazado o trasladado a un nivel de costo compartido más alto, ya no recibirá siempre un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni obtendrá el suministro de un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hicimos, pero es posible que llegue después de que se haya hecho el cambio.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un documento por separado, llamado “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula de la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta) (también llamado “Low Income Subsidy Rider” [Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos] o “LIS Rider” [Cláusula LIS]), que le informa de los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió este documento antes del 1 de octubre de 2022, llame al Servicio al cliente y pida la “Cláusula LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”.

La información de abajo muestra los cambios en las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la etapa del período sin cobertura y la etapa de cobertura catastrófica.)

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: etapa de deducible anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en el costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga la parte del costo que le corresponde a usted.</p> <p>Los costos en esta línea son para un mes (30 días) de suministro cuando surta su receta en una farmacia de la red que tenga costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos por un suministro a largo plazo de medicamentos con receta pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga \$10 por receta</p> <p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$45 por receta</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Usted paga \$95 por receta</p> <p>Nivel de especialidad: Usted paga el 33% del costo total por receta</p> <hr/> <p>Usted paga \$35 por insulinas selectas.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de los medicamentos llegue a \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la etapa de período sin cobertura).</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$7,050 de gastos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga \$10 por receta</p> <p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$45 por receta</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Usted paga \$95 por receta</p> <p>Nivel de especialidad: Usted paga el 33% del costo total por receta</p> <hr/> <p>Usted paga \$35 por insulinas selectas.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de los medicamentos llegue a \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la etapa de período sin cobertura).</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$7,400 en gastos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>

Un mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costarle nada. Llame al centro de servicio al cliente para conseguir más información.

Un mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más que \$35 por un suministro de un mes por cada producto de insulina que cubra nuestro plan, independientemente del nivel de costos compartidos en que se encuentre.

Para conseguir ayuda del programa Medicare: Si seleccionó este plan porque buscaba la cobertura de la insulina por \$35 al mes o menos, es importante que sepa que tiene otras opciones a su disposición en el 2023 con costos hasta más bajos debido a los cambios que se llevaron a cabo con respecto al programa de la Parte D de Medicare. Póngase en contacto con el Programa Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana, para conseguir ayuda para comparar sus opciones. Las personas que utilizan el sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Recursos adicionales para ayudarle: Favor de llamar a nuestro centro de servicio al cliente al (505) 923-6060 o 1-800-797-5343 para conseguir más información. (Las personas que utilizan el sistema TTY deben llamar al 711.) El horario es de las 8 a.m. a las 8 p.m., los siete días de la semana (salvo los días feriados) del 1° de octubre al 31° de marzo, y de lunes a viernes (salvo los días feriados) del 1° de abril al 30 de septiembre.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si quiere seguir en el Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO)

Para seguir en nuestro plan no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO) 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, consulte la Sección 2.1 para obtener la información de 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 Health Plan, Inc. 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**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción automáticamente del Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará su inscripción automáticamente del Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO).
- 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 a, vive actualmente en o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de 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 a 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. Abajo listamos diferentes tipos de ayuda:

- **“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 deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - A su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia con el pago de costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/Sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas que tienen VIH/Sida y que son elegibles para el ADAP tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. 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. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, que el ADAP

también cubre, califican para la asistencia con el pago de 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):

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 del Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Servicio al Cliente al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos llamadas telefónicas entre las 8 a. m. y las 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**.

Lea su *Evidencia de Cobertura* para 2023 (tiene información sobre los beneficios y costos para el 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 el Presbyterian Senior Care Plan 2 with Rx (HMO). 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) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

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 deberán 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.

Información sobre cuidados de hospicio

Para obtener más información sobre la coordinación de su programa de cuidados paliativos y de hospicio, comuníquese con nuestro Departamento de Coordinación de la Atención (Care Coordination Department) llamando al (505) 923-8858 o al 1-866-672-1242 (TTY 711).