

Gracias por permitir que Presbyterian Dual Plus 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 Dual Plus (HMO D-SNP), ofrecido por Presbyterian Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2023

Identificación del contrato: H3204-013-005

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). 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*.

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)
 - 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 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 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 para el 7 de diciembre de 2022, quedará inscrito en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- 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 con Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- Vea la sección 3.2, página 16, para obtener más información sobre sus opciones.
- 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) 923-7675 o al 1-855-465-7737. (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 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 Dual Plus (HMO D-SNP)

- Presbyterian Dual Plus es un Plan de necesidades especiales HMO (SNP) que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Nuevo México (State of New Mexico Human Services Department). La inscripción en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 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 Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).

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 Dual Plus (HMO D-SNP) en 2023	8
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 máximo de gastos de bolsillo	8
Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....	9
Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos	10
Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	11
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 3.1: Si quiere seguir en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).....	14
Sección 3.2: Si quiere cambiar de plan.....	14
SECCIÓN 4 Cambio de plan.....	15
SECCIÓN 5 Programas que dan orientación gratis sobre Medicare y Medicaid	15
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta	16
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	17
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)	17
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	17
Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid	18

Resumen de costos importantes para 2023

La tabla de abajo compara los costos de los años 2022 y 2023 para Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare por Medicaid, paga \$0 por su deducible, las visitas en el consultorio del médico y las estancias en el hospital como paciente hospitalizado.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$28.40	\$34.00
*La prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la Sección 2.1 para obtener más información).	Según su nivel de asignación por bajos ingresos, Medicare podría pagar la prima de su plan.	Según su nivel de asignación por bajos ingresos, Medicare podría pagar la prima de su plan.
Deducible	\$233	\$233
	Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare según Medicaid, paga \$0.	Se le informará si Medicare cambia esta cantidad para 2023. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare según Medicaid, paga \$0.
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención primaria: Usted paga 20% por visita Visitas a especialistas: Usted paga 20% por visita	Visitas de atención primaria: Usted paga 20% por visita Visitas a especialistas: Usted paga 20% por visita

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Estancias en el hospital como paciente hospitalizado</p>	<p>Por ingreso, usted paga: \$1556 por cada período de beneficios.</p> <p>1 a 60 días: \$0 de copago</p> <p>61 a 90 días: \$389 de copago</p> <p>91 días y más: \$778 de copago</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare según Medicaid, paga \$0.</p>	<p>Por ingreso, usted paga: \$1556 por cada período de beneficios.</p> <p>1 a 60 días: \$0 de copago</p> <p>61 a 90 días: \$389 de copago</p> <p>91 días y más: \$778 de copago</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare según Medicaid, paga \$0.</p> <p>Se le informará si Medicare cambia esta cantidad para 2023.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).</p>	<p>El deducible y el costo compartido se basan en su nivel de “Ayuda adicional”. Revise nuestra “Cláusula LIS” para obtener información sobre su costo compartido específico.</p> <p>Si usted califica para recibir la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de sus costos de medicamentos con receta</p> <p>Deducible: \$480</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; • O \$1.35 de copago; • O \$3.95 de copago; • O 15% de coseguro <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; • O \$4.00; • O \$9.85; • O 15% de coseguro 	<p>El deducible y el costo compartido se basan en su nivel de “Ayuda adicional”. Revise nuestra “Cláusula LIS” para obtener información sobre su costo compartido específico.</p> <p>Si usted califica para recibir la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de sus costos de medicamentos con receta</p> <p>Deducible: \$505</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; • O \$1.45 de copago; • O \$4.15 de copago; • O 15% de coseguro <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; • O \$4.30; • O \$10.35; • O 15% de coseguro

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continúa)</p>	<p>Si usted no califica para recibir la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de sus costos de medicamentos con receta</p> <p>Deducible: \$480</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: 45% de coseguro • Nivel 5 de medicamentos: 25% de coseguro 	<p>Si usted no califica para recibir la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de sus costos de medicamentos con receta</p> <p>Deducible: \$505</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 • Nivel 2 de medicamentos: \$11 • Nivel 3 de medicamentos: \$47 • Nivel 4 de medicamentos: 43% de coseguro • Nivel 5 de medicamentos: 25% de coseguro
<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 style="text-align: center;">\$7,550</p> <p>Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo del máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare según Medicaid, no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo del máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p style="text-align: center;">\$8,300</p> <p>Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo del máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare según Medicaid, no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo del máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en el Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) en 2023

Si no hace nada en 2022, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Esto significa que a partir del 1 de enero de 2023 obtendrá la cobertura médica y de medicamentos con receta por Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Si quiere cambiar de plan o pasar a Medicare Original y obtener su cobertura de medicamentos con receta por un Plan de medicamentos con receta, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2023.

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	\$28.40	\$34.00
(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid las pague por usted).	Según su nivel de asignación por bajos ingresos, Medicare podría pagar la prima de su plan.	Según su nivel de asignación por bajos ingresos, Medicare podría pagar la prima de su plan.

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 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</p> <p>Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo. Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo del máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo del máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para su máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$7,550</p>	<p style="text-align: center;">\$8,300</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,300 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.</p>

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 de 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) 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

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en los beneficios y costos de Medicare.

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>Usted paga 20% de coseguro hasta \$90 (no se cobra si lo ingresan)</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro hasta \$95 (no se cobra si lo ingresan)</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Atención de emergencia (continuación)</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>Nuestro plan no cubre ningún servicio, incluyendo los servicios necesarios de urgencia o emergencia, si recibe la atención fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para paciente hospitalizado después de que se estabilizó su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención, <i>o bien</i>, debe recibir la atención para paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y el costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Es responsable del 100% de los costos.</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para paciente hospitalizado después de que se estabilizó su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención, <i>o bien</i>, debe recibir la atención para paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y el costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Es responsable del 100% de los costos.</p>

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 enviaremos 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 las personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta) (también llamado “Low Income Subsidy Rider” [Cláusula adicional de asignación por bajos ingresos) o “LIS Rider” (Cláusula LIS)], que le informa de los costos de los medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibe este documento para el 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 o la etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 1: etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$480. La cantidad de su deducible anual es de \$0 o \$480, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Consulte “Cláusula LIS” para obtener información sobre la cantidad de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$505. La cantidad de su deducible anual es de \$0 o \$505, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Consulte “Cláusula LIS” para obtener información sobre la cantidad de su deducible).</p>

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 Una vez que paga el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de los medicamentos que les corresponde a ellos 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 para obtener medicamentos con receta 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 un suministro de un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: Usted paga \$0 por receta. • Nivel 2 de medicamentos: Usted paga \$10 por receta. • Nivel 3 de medicamentos: Usted paga \$45 por receta. • Nivel 4 de medicamentos: Usted paga 45% del costo total. • Nivel 5 de medicamentos: Usted paga 25% del costo total. <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: Usted paga \$0 por receta. • Nivel 2 de medicamentos: Usted paga \$11 por receta. • Nivel 3 de medicamentos: Usted paga \$47 por receta. • Nivel 4 de medicamentos: Usted paga 43% del costo total. • Nivel 5 de medicamentos: Usted paga 25% del costo total. <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</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.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si quiere seguir en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Para seguir en nuestro plan no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Medicare Original para el 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro Presbyterian Dual Plus 2023 (HMO D-SNP).

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.

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 plan nuevo. Se cancelará su inscripción automáticamente de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará su inscripción automáticamente de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- 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.

Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambio 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 y Medicaid

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/).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Centennial Care (Medicaid) de Nuevo México, comuníquese con ellos llamando al 1-888-997-2583 (TTY 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (cerrado los fines de semana y días festivos). Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Centennial Care (Medicaid) de Nuevo México.

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.** Como tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también llamada asignación por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Como usted califica, no tendrá ningún período sin cobertura ni penalizaciones por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar 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 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). El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA del Departamento de Salud de Nuevo México está en:

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

Para obtener más información de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o de 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 Dual Plus (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Comuníquese con el Servicio al cliente llamando al (505) 923-7675 or 1-855-465-7737. (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 información, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2023 para Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para 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 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 (<http://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.

Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de New Mexico Centennial Care (Medicaid), puede llamarlos al 1-888-997-2583. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.