



Presbyterian UltraFlex (HMO-POS)
ofrecido por Presbyterian Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024



(505) 923-6060
1-800-797-5343
(TTY 711)



Del 1° de octubre al 31° de marzo:
De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche,
los siete días de la semana

Del 1° de abril al 30° de septiembre:
De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche,
de lunes a viernes



info@phs.org

www.phs.org/Medicare

¡Gracias por darle a Presbyterian UltraFlex la oportunidad de ser su compañero para una vida sana! Este documento resume los cambios que puede esperar en el año del plan 2024. Además, queremos estar seguros de que tenga acceso a la información importante como la Guía Proveedores de Atención Médica, la lista de medicamentos cubiertos [*formulary*] y la Evidencia de Cobertura [EOC por sus siglas en inglés] de su plan de seguro médico. A continuación están los detalles para encontrar las listas actualizadas de los proveedores de atención médica, las farmacias y los medicamentos recetados cubiertos de la red, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Visite www.phs.org/Medicare y seleccione, “*For Members*” [para los asegurados] para conseguir información sobre cómo obtener acceso a su:

- **Guía de Proveedores de Atención Médica y Farmacias**

La Guía Proveedores de Atención Médica y Farmacias enumera todos los proveedores de atención médica y farmacias de la red actual que están disponibles mediante su plan de seguro médico. Puede encontrar listas actualizadas de los proveedores de atención médica y las farmacias de nuestra red en cualquier momento.

- **Lista de medicamentos cubiertos [*formulary*]**

La lista de medicamentos cubiertos enumera los medicamentos recetados genéricos y de marca y la cantidad de la cobertura o el copago que tendrá que pagar por cada receta médica. Las listas de medicamentos cubiertos estarán disponibles el 15 de octubre del 2023.

- **Evidencia de Cobertura (EOC)**

La Evidencia de Cobertura es su contrato con Presbyterian que explica su cobertura, lo que tenemos que hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer usted como asegurado de nuestro plan. Los EOC estarán disponibles el 15 de octubre del 2023.

Comuníquese con nosotros

El Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian está a su disposición para ayudarlo. Si quiere recibir algunos de estos materiales por correo, favor de ponerse en contacto con nosotros:



(505) 923-6060
1-800-797-5343
(TTY 711)



Del 1° de octubre al 31° de marzo:
De las 8 a.m. a las 8 p.m., los siete días de la semana (salvo los días feriados)



info@phs.org

Del 1° de abril al 30 de septiembre:
De las 8 a.m. a las 8 p.m., de lunes a viernes (salvo los días feriados)



Presbyterian UltraFlex (HMO-POS) ofrecido por Presbyterian Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Presbyterian UltraFlex (HMO-POS). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Vea en la página 4 el Resumen de costos importantes, incluyendo la prima.*

Este documento lo informa de los cambios en el plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura* 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*.

- **Puede hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año del 15 de octubre al 7 de diciembre.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- 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 para medicamentos, incluyendo los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la Lista de medicamentos de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que esté tomando actualmente seguirán estando 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 satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes.

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el buscador de planes de Medicare del sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que está en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2024*.
- 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 2023, permanecerá en Presbyterian UltraFlex (HMO-POS).
- Puede cambiar a **otro plan** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2024**. Esto terminará su inscripción en Presbyterian UltraFlex (HMO-POS).
- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar 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.
- Comuníquese con el Centro de Servicio al cliente de Presbyterian (servicio al cliente) llamando al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 para obtener más información (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los feriados) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- El servicio al cliente tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
- La información está disponible en otros formatos. Comuníquese con el plan para obtener información.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud elegible (QHC)**, y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información.

Acerca de Presbyterian UltraFlex (HMO-POS)

- Presbyterian UltraFlex (HMO-POS) es un plan de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en Presbyterian UltraFlex (HMO-POS) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros” o “nuestro”, significa Presbyterian Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Presbyterian UltraFlex (HMO-POS).

Aviso anual de cambios para 2024
Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian UltraFlex (HMO-POS) en 2024.....	7
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	7
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 2.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo	8
Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	19
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	22
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Presbyterian UltraFlex (HMO-POS)	22
Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan	23
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan	23
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare....	24
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta	24
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	25
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Presbyterian UltraFlex (HMO-POS)	25
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	26

Resumen de costos importantes para 2024

En la tabla de abajo, se comparan los costos para los años 2023 y 2024 de Presbyterian UltraFlex (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
*La prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. (consulte la sección 2.1 para obtener más información).		
Máximo de gastos de bolsillo	De proveedores dentro de la red:	De proveedores dentro de la red:
Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (consulte la sección 2.2 para obtener más información).	\$5,700	\$4,950
	De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados:	De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados:
	\$8,950	\$8,800
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención médica básica:	Visitas de atención médica básica:
	Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por visita	Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por visita
	Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago por visita	Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago por visita
	Visitas con un especialista:	Visitas con un especialista:
	Dentro de la red: Usted paga \$50 de copago por visita	Dentro de la red: Usted paga \$40 de copago por visita
	Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago por visita	Fuera de la red: Usted paga \$65 de copago por visita

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado	Dentro de la red: Por ingreso, usted paga \$375 de copago al día, los días 1-5. Fuera de la red: Por ingreso, usted paga \$500 de copago al día, los días 1-5. Sin cargo por el resto de la estancia cubierta en el hospital.	Dentro de la red: Por ingreso, usted paga \$400 de copago al día, los días 1-5. Fuera de la red: Por ingreso, usted paga \$525 de copago al día, los días 1-5. Sin cargo por el resto de la estancia cubierta en el hospital.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 2.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: \$4 • Medicamentos de nivel 2: \$10 • Medicamentos de nivel 3: \$45 • Medicamentos de nivel 4: \$95 • Medicamentos de nivel 5: 33% de coseguro <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos cubiertos. • Por cada receta, usted paga lo que sea mayor: el 5% del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos). 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: \$4 • Medicamentos de nivel 2: \$10 • Medicamentos de nivel 3: \$45 <p>Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 4: \$95 <p>Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 5: 33% de coseguro <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada

SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian UltraFlex (HMO-POS) en 2024

Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2023, lo inscribiremos automáticamente en Presbyterian UltraFlex (HMO-POS). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, recibirá la cobertura médica y para medicamentos con receta mediante Presbyterian UltraFlex (HMO-POS). 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 la “Ayuda adicional”, es posible que pueda 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Cobertura dental complementaria opcional La prima de este plan se cobra solo si se inscribe en nuestro Plan dental integral.	\$9	\$24.10

- La prima mensual del plan será *más* si debe pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no haber tenido otra cobertura para medicamentos que fuera al menos tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) por 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Sección 2.2 – Cambios en el 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 se alcanza esa cantidad, normalmente no se paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) que prestan proveedores dentro de la red cuentan para el máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no se cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$5,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,700 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>	<p>\$4,950</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,950 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>
<p>Máximo combinado de gastos de bolsillo</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) que prestan proveedores dentro y fuera de la red cuentan para el máximo combinado de gastos de bolsillo. La prima de su plan no se cuenta para el máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$8,950</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,950 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro y fuera de la red por el resto del año calendario.</p>	<p>\$8,800</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,800 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro y fuera de la red 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 de los proveedores o las farmacias, o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, lo que haremos en un plazo de tres días laborables.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* 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 2024* para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si lo afecta un cambio en nuestros proveedores a mitad de año, comuníquese con el Servicio al cliente para que podamos ayudarlo.

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

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar	<p>Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago por visita</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$40 de copago por visita</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$25 de copago por visita</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$45 de copago por visita</p>
Servicios de ambulancia	<p>Se necesita autorización para los servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia.</p> <p>Dentro y fuera de la red: \$300 de copago por viaje de ida.</p> <p>Sin cargo, si lo transfieren de un centro a otro durante una hospitalización.</p> <p>Es posible que sea responsable del 100% de los costos cuando los servicios no sean médicamente necesarios.</p>	<p>Se necesita autorización para los servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia.</p> <p>Dentro y fuera de la red: Usted paga \$320 de copago por viaje de ida.</p> <p>Sin cargo, si lo transfieren de un centro a otro durante una hospitalización.</p> <p>Es posible que sea responsable del 100% de los costos cuando los servicios no sean médicamente necesarios o si rechaza el transporte.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago por visita</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$40 de copago por visita</p>
<p>Tomografía computarizada (CT), imagen por resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA) y tomografía por emisión de positrones (PET)</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Usted paga \$325 por prueba</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Usted paga \$300 por prueba</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$65 de copago</p>
<p>Servicios dentales Servicios médicamente necesarios de un dentista o un cirujano bucal para operaciones de la mandíbula o estructuras relacionadas, fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para el tratamiento de radiación por enfermedades neoplásicas, o servicios que estarían cubiertos si los prestara un proveedor médico.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$50 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$55 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$65 de copago</p>
<p>Retinopatía diabética cubierta una vez al año</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$65 de copago</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Manejo personal de la diabetes</p> <p>Suministros para monitorear la glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas para glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de manejo de la glucosa* para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores</p> <p>Medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas y lancetas</p> <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM) y los suministros están cubiertos como servicios de equipo médico duradero (DME). Es posible que se apliquen normas de autorización.</p>	<p>Las tiras reactivas estándar y las lancetas tienen un límite de cantidad de 100 cada 30 días para los miembros sin dependencia de insulina y de 200 cada 30 días para los miembros con dependencia de insulina.</p> <p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Sin cargo</p> <p>* La cobertura se limita a los productos de la marca AccuChek</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un 20% de coseguro</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 25% de coseguro</p>	<p>Las tiras reactivas estándar y las lancetas tienen un límite de cantidad de 100 cada 90 días para los miembros sin dependencia de insulina y de 300 cada 90 días para los miembros con dependencia de insulina.</p> <p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Sin cargo</p> <p>* La cobertura se limita a los productos de la marca AccuChek</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un 20% de coseguro</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 25% de coseguro</p> <p>* La cobertura se limita a los productos FreeStyle Libre</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Usted paga \$110 de copago por visita en el departamento de emergencias</p> <p>Este copago no se cobra si lo ingresan en el hospital en el transcurso de 24 horas por la misma condición.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Usted paga \$120 de copago por visita en el departamento de emergencias</p> <p>Este copago no se cobra si lo ingresan en el hospital en el transcurso de 24 horas por la misma condición.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabilice su condición de emergencia, debe recibir la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red con la autorización del plan, y el costo para usted será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>	<p>atención para pacientes hospitalizados después de que se estabilice su condición de emergencia, debe recibir la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red con la autorización del plan, y el costo para usted será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Vacunas</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas de la neumonía, influenza, hepatitis B y COVID-19.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas de la neumonía, influenza, hepatitis B y COVID-19.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$40 de copago</p>
<p>Atención en el hospital para pacientes ingresados</p>	<p>Se necesita autorización.</p> <p>Dentro de la red: Por ingreso, usted paga \$375 de copago al día, los días 1-5.</p> <p>Fuera de la red: Por ingreso, usted paga \$500 de copago al día, los días 1-5.</p> <p>Sin cargo por el resto de su estancia cubierta en el hospital, y no hay límite en la cantidad de días</p>	<p>Se necesita autorización.</p> <p>Dentro de la red: Por ingreso, usted paga \$400 de copago al día, los días 1-5.</p> <p>Fuera de la red: Por ingreso, usted paga \$525 de copago al día, los días 1-5.</p> <p>Sin cargo por el resto de su estancia cubierta en el hospital, y no hay límite en la cantidad de días</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	cubiertos por el plan según la necesidad médica.	cubiertos por el plan según la necesidad médica.
Servicios para pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico	<p>Se necesita autorización.</p> <p>Dentro de la red: Por ingreso, usted paga \$375 de copago al día, los días 1-5.</p>	<p>Se necesita autorización.</p> <p>Dentro de la red: Por ingreso, usted paga \$400 de copago al día, los días 1-5.</p>
Servicios para pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico (continuación)	<p>Fuera de la red: Por ingreso, usted paga \$500 de copago al día, los días 1-5.</p> <p>Sin cargo por el resto de su estancia cubierta en el hospital, y no hay límite en la cantidad de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.</p>	<p>Fuera de la red: Por ingreso, usted paga \$525 de copago al día, los días 1-5.</p> <p>Sin cargo por el resto de su estancia cubierta en el hospital, y no hay límite en la cantidad de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.</p>
Pruebas diagnósticas y de laboratorio facturadas por el hospital	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$65 de copago</p>
Línea de orientación de enfermería – PresRN	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$40 de copago</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros aparatos que se usan para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre - incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de concentrado de glóbulos rojos solo comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Evaluación y pruebas de alergias • Inyecciones para alergias • Pruebas de alergia y materiales de tratamiento administrados durante una visita cubierta • Mamografías de diagnóstico • Derivación de estudios de eco de tensión a tensión nuclear • Electrocardiogramas • Electroencefalogramas • Cardiología nuclear • Estudios del sueño 	<p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago</p>	<p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$65 de copago</p>
<p>Observación en el hospital para pacientes ambulatorios</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Usted paga \$110 de copago</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Usted paga \$120 de copago</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo por cada visita de terapia individual o grupal</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago por visitas de terapia individual o grupal</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo por cada visita de terapia individual o grupal</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$65 de copago por visitas de terapia individual o grupal</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago por cada visita</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago por cada visita</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$40 de copago</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago por visitas de terapia individual o de grupo</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$65 de copago por visitas de terapia individual o de grupo</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Operación de pacientes ambulatorios, incluyendo los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</p>	<p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$375 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$500 de copago</p>	<p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$350 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$525 de copago</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se da como un servicio en el hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental de la comunidad, que 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>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$50 de copago por hospitalización parcial para tratamiento psiquiátrico</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago por hospitalización parcial para tratamiento psiquiátrico</p>	<p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$40 de copago por hospitalización parcial para tratamiento psiquiátrico</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$65 de copago por hospitalización parcial para tratamiento psiquiátrico</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios prestados por un médico/profesional médico, incluyendo visitas en el consultorio del médico	<p>Visita en el consultorio del PCP/otros profesionales de atención médica:</p> <p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago</p>	<p>Visita en el consultorio del PCP</p> <p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago</p> <p>Otros profesionales de atención médica:</p> <p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$40 de copago</p>
Servicios de podología	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$65 de copago</p>
Servicios preventivos	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$40 de copago</p>
Servicios de rehabilitación pulmonar	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$40 de copago</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>Se necesita autorización.</p> <p>Dentro de la red: Por ingreso, paga: Sin cargo para los días 1-20 \$95 de copago al día para los días 21-100</p> <p>Fuera de la red: Por ingreso, paga: Sin cargo para los días 1-20 \$150 de copago al día para los días 21-100 Usted está cubierto hasta por 100 días en un SNF. Es responsable del 100% de los costos del día 101 en adelante por ingreso.</p>	<p>Se necesita autorización.</p> <p>Dentro de la red: Por ingreso, paga: Sin cargo para los días 1-20 \$175 de copago al día para los días 21-100</p> <p>Fuera de la red: Por ingreso, paga: Sin cargo para los días 1-20 \$230 de copago al día para los días 21-100 Usted está cubierto hasta por 100 días en un SNF. Es responsable del 100% de los costos del día 101 en adelante por ingreso.</p>
<p>Visitas con especialistas</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$50 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$40 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$65 de copago</p>
<p>Ejercicio terapéutico supervisado (SET)</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$40 de copago</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Consultas por video	Dentro de la red: Sin cargo Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago	Dentro de la red: Sin cargo Fuera de la red: Usted paga \$40 de copago
Atención de la vista Los servicios prestados por un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluyendo el tratamiento para la degeneración de la mácula relacionada con la edad. Medicare original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para obtener anteojos/lentes de contacto	Dentro de la red: Usted paga \$10 de copago Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago	Dentro de la red: Usted paga \$10 de copago Fuera de la red: Usted paga \$65 de copago
Radiografías y ultrasonidos	Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago	Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago Fuera de la red: Usted paga \$65 de copago

Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para 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.

Hacemos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que pueden incluir eliminar o agregar medicamentos, modificar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o cambiarlos de nivel de costo compartido. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción o si se ha cambiado su medicamento a otro nivel de costo compartido.**

Si recibió una excepción al formulario en 2023, deberá presentar una nueva solicitud para 2024.

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” se hacen al principio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar de inmediato los medicamentos que la FDA considere peligrosos o que el fabricante del producto haya retirado del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para que esté 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 buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para obtener más información.

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 hemos enviado un documento separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también conocido como “Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que describe los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional”, y no ha recibido este documento antes del 1 de octubre de 2023, llame al Servicio al cliente y pida la Cláusula adicional LIS.

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

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 1: etapa del deducible anual	Como el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Como el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde al mismo del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde a usted.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>El costo de surtir un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$4 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 5 - Nivel de medicamentos especializados: Usted paga 33% del costo total.</p>	<p>El costo de surtir un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$4 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>Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Usted paga \$95 por receta</p> <p>Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p>Nivel 5 - Nivel de medicamentos especializados: Usted paga el 33% del costo total</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) si surte la receta en una farmacia de la red que tenga costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o de los pedidos por correo de medicamentos con receta, vea la sección 5 del capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado de nivel algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p>	<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>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en las etapas de período sin cobertura y de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura, la etapa de período sin cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la etapa sin cobertura ni a la etapa de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, si alcanza la etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Presbyterian UltraFlex (HMO-POS)

Para permanecer en nuestro plan no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian UltraFlex (HMO-POS) 2024.

Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos tenerlo como miembro el próximo año, pero si quiere cambiar para el 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan médico de Medicare diferente
- – *O* – Puede cambiar a Medicare original. Si 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 sobre la potencial 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 buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2024*, llame a su programa estatal de asistencia con el seguro médico (consulte la sección 5) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

Recuerde que Presbyterian Health Plan, Inc. ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden tener diferente cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para **cambiar a otro plan médico de Medicare**, inscríbese en el plan nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en Presbyterian UltraFlex (HMO-POS).
- Para **cambiar a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Presbyterian UltraFlex (HMO-POS).
- Para **cambiar a Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el Servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo;
 - – *O* – llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan

Si quiere cambiar 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 2024.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos. Entre los ejemplos están las 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 para el 1 de enero de 2024 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiar a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Medicare original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

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

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Nuevo México, el SHIP se llama Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México (New Mexico Aging and Long-Term Services).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos locales a personas con Medicare. Los asesores de Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México pueden ayudarlo con sus preguntas o con sus problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México al 1-800-432-2080 o TTY (505) 476-4937. Para obtener más información sobre los Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México, visite su sitio web (www.nmaging.state.nm.us/).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Abajo encontrará una lista de distintos 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 es usted elegible, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, los que califiquen no tendrán el período sin cobertura ni penalización por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778;
- La oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia con el costo compartido de las recetas para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a asegurar que las personas que tienen VIH/sida y que son elegibles para el programa tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo pruebas de residencia en el estado y de su situación con el VIH, ingresos bajos según la definición del estado y no tener seguro/tener cobertura de seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que ADAP también cubre califican para la asistencia con los gastos compartidos para los medicamentos con receta que ofrece el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida 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 sobre 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 UltraFlex (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Comuníquese con el Servicio al cliente llamando al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 (solo TTY, llame al 711). De 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los feriados), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2024 (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 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* de Presbyterian UltraFlex (HMO-POS). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal en profundidad de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* 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*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, www.phs.org/Medicare. Le recordamos 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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad con estrellas 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 2024*

Lea el manual *Medicare y usted 2024*. Este documento se envía por correo a las personas con Medicare todos los otoños. 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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-592-7737 (TTY:711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-592-7737 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Navajo/Diné: Díí ats'íís dóó azee' bínda'í díłkidgo, Dinék'ehjí yadalt'iigi ła' bich'í' hadíídzih. Béésh bee hane'é t'áá jíík'e be' hódíílnih 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-592-7737 (TTY:711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-592-7737 (TTY:711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-592-7737 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-592-7737 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-592-7737 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-592-7737 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-592-7737 (TTY:711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-592-7737 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY:711) 1-855-592-7737. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-592-7737 (TTY:711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-592-7737 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-592-7737 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-592-7737 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-592-7737 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-592-7737 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Aviso de no discriminación y accesibilidad

La ley prohíbe la discriminación

Presbyterian Healthcare Services se compromete a prestar servicios de atención médica equitativos y existe con el fin de mejorar la salud de los pacientes, de los asegurados y de las comunidades que servimos. Valoramos la diversidad y la inclusión y nos esforzamos por tratar a todos con respeto. No discriminamos por motivos de raza; color; linaje; origen nacional (incluso por dominio limitado del inglés); ciudadanía; religión; sexo (incluso por embarazos, partos o problemas médicos conexos); estado civil; orientación sexual; expresión o identidad de género; estado de veterano; estado militar; estado de ausencia familiar o médica; edad; discapacidad física o mental; estado médico; datos genéticos; capacidad de pago; o cualquier otro estado protegido. Presbyterian proporcionará adaptaciones razonables y servicios de acceso al idioma a nuestros pacientes, asegurados y fuerza laboral.

Presbyterian Healthcare Services:

- Presta servicios y ayuda a las personas con discapacidades para que se puedan comunicar efectivamente, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, grabaciones de audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de acceso al idioma a las personas cuyo idioma principal no es inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de esos servicios, llame al Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian al (505) 923-5420, 1-855-592-7737, TTY 711.

Si cree que Presbyterian Healthcare Services no le ha proporcionado dichos servicios o si cree que le han discriminado de alguna otra manera, puede presentar una reclamación a Presbyterian si llama al 1-866-977-3021, TTY 711, fax (505) 923-5124, o

<https://ds.phs.org/ewcm/frmExample.do?m=complaintentry&complainttype=customer>.

Además puede presentar una queja formal referente a los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. electrónicamente en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está a su disposición en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono al:

Dirección: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Número de teléfono (gratuito): 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están a su disposición en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

