



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

2022

Aviso anual de cambios



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



Del 1 de octubre al 31 de marzo:
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de domingo a sábado
Del 1 de abril al 30 de septiembre:
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes



info@phs.org

www.phs.org/Medicare



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

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Presbyterian MediCare PPO Plan 1. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

- **Tiene del 15 de octubre al 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

- ☐ Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura para asegurarse de que cumplirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Afectan los cambios a los servicios que usted usa?
 - Consulte la Sección 2.4 para obtener información de los cambios de beneficios y costos de nuestro plan.
- ☐ Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos en nuestra red, incluyendo los especialistas que ve regularmente?
 - ¿Y los hospitales u otros proveedores que usa?
 - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.
- ☐ Piense en los costos generales de su atención médica.
 - ¿Cuánto pagará de gastos de bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto pagará por la prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- ☐ Piense si está contento con nuestro plan.

2. **COMPARE:** infórmese sobre otras opciones de planes

☐ Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada en el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- Lea la lista en la parte de atrás de la guía *Medicare y usted 2022*.
- Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

☐ 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 2021, quedará inscrito en Presbyterian MediCare PPO Plan 1.
- Para cambiarse a un **plan diferente** que cumpla mejor sus necesidades, puede cambiar de plan del 15 de octubre al 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** para cambiar de plan, inscríbase en un plan del **15 de octubre al 7 de diciembre de 2021**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, quedará inscrito en Presbyterian MediCare PPO Plan 1.
- Si se inscribe en otro plan para el **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Se le dará de baja automáticamente de su plan actual.

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). Nuestro horario es de domingos a sábados de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Si llama del **1 de abril al 30 de septiembre**, el horario de servicio al cliente es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días feriado).
- 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 médica calificada (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de 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.

Sobre Presbyterian MediCare PPO Plan 1

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

Resumen de costos importantes para 2022

En la tabla de abajo se comparan los costos de 2021 y 2022 de Presbyterian MediCare PPO Plan 1 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. También puede llamar al servicio de atención al cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan (Consulte la sección 2.1 para obtener más información).	\$56	\$43
Cantidades máximas de gastos de bolsillo 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).	De proveedores dentro de la red: \$6,700 De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$10,000	De proveedores dentro de la red: \$6,700 De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$10,000
Visitas en el consultorio	Visitas de atención primaria: Dentro de la red: Paga \$15 de copago por visita. Fuera de la red: Paga \$35 de copago por visita. Visitas a especialistas: Dentro de la red: Paga \$50 de copago por visita. Fuera de la red: Paga \$60 de copago por visita.	Visitas de atención primaria: Dentro de la red: Paga \$15 de copago por visita. Fuera de la red: Paga \$35 de copago por visita. Visitas a especialistas: Dentro de la red: Paga \$50 de copago por visita. Fuera de la red: Paga \$60 de copago por visita.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Hospitalizaciones Incluye a pacientes hospitalizados con condiciones graves, pacientes hospitalizados en rehabilitación, atención de largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados empieza el día en que lo hospitalizan formalmente con una orden del médico. El día antes del alta es su último día de hospitalización.	Dentro de la red: Por ingreso, paga \$325 de copago al día, desde el día 1 al 5. Fuera de la red: Por ingreso, paga \$500 de copago al día, desde el día 1 al 5. (Sin costo para el resto de la hospitalización)	Dentro de la red: Por ingreso, paga \$325 de copago al día, desde el día 1 al 5. Fuera de la red: Por ingreso, paga \$500 de copago al día, desde el día 1 al 5. (Sin costo para el resto de la hospitalización)

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian MediCare PPO Plan 1 en 2022	4
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	4
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual	4
Sección 2.2: Cambios a las cantidades máximas de gastos de bolsillo	5
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores	5
Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos	6
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	8
Sección 3.1: Si quiere seguir en Presbyterian MediCare PPO Plan 1	8
Sección 3.2: Si quiere cambiarse de plan	9
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de planes	9
SECCIÓN 5 Programas que dan orientación gratis sobre Medicare	10
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta	10
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	11
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Presbyterian MediCare PPO Plan 1	11
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	12

SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian MediCare PPO Plan 1 en 2022

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare antes del 7 de diciembre de 2021, lo inscribiremos automáticamente en nuestro Presbyterian MediCare PPO Plan 1. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2022, obtendrá su cobertura de seguro médico a través de Presbyterian MediCare PPO Plan 1. Si quiere, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare. También puede cambiarse a Medicare Original. Si quiere cambiar de plan, puede hacerlo del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, podría cambiar de plan en otro momento.

La información en este documento le dice las diferencias entre sus beneficios actuales en Presbyterian MediCare PPO Plan 1 y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2022 como miembro del Presbyterian MediCare PPO Plan 1.

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

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$56	\$43
Cobertura dental complementaria opcional La prima de este plan se aplica a usted solo si se inscribe en nuestro Plan dental completo.	\$19	\$19

Sección 2.2: Cambios a las cantidades máximas de gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted debe pagar “de gastos de bolsillo” durante el año. Estos límites se llaman “cantidades máximas de gastos de bolsillo”. Una vez que alcance esta cantidad, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo dentro de la red Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) de los proveedores de la red cuentan como parte de la cantidad máxima de gastos de bolsillo dentro de la red. La prima de su plan no cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.	\$6,700	\$6,700 Cuando haya pagado \$6,700 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de proveedores de la red, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.
Cantidad máxima de gastos de bolsillo combinados Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo combinados. La prima de su plan no cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.	\$10,000	\$10,000 Cuando haya pagado \$10,000 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los proveedores dentro y fuera de la red por el resto del año calendario.

Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay una copia actualizada del *Directorio de proveedores* en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. También puede llamar al servicio de atención al cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*. **Revise el Directorio de proveedores de 2022 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que hagamos cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay muchas razones por las que el proveedor podría dejar el plan, pero si el médico o el especialista deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos darle acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con una antelación mínima de 30 días que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo para elegir a un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir a un nuevo proveedor calificado para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a pedir que el tratamiento médicamente necesario que usted esté recibiendo no se interrumpa, y nosotros nos aseguraremos de que así sea.
- Si cree que no le hemos facilitado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención médica no está siendo administrada apropiadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o su especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para que administre su atención.

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

Vamos a cambiar nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el próximo año. La información de abajo describe estos cambios. Para obtener información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, “*Medical Benefits Chart (what is covered and what you pay)*” [Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)], en su *Evidencia de cobertura* de 2022.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Plan dental completo El Plan dental completo opcional es además del Plan dental básico en el que lo inscribirán automáticamente. El Plan dental completo da beneficios dentales que no están cubiertos por Medicare Original.		
• El beneficio máximo por año calendario no está sujeto al máximo de gastos de bolsillo del plan, y se basa en lo que usted y su plan pagan por los servicios dentales.	\$3,000	\$4,000
• No hay deducibles ni período de espera.		

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Plan dental completo (continúa)		
• Empastes, extracciones y ajustes/reparaciones de dentaduras postizas	Dentro de la red: Usted paga del 20 % al 50 % de coseguro. Fuera de la red: Los reclamos se basan en las tarifas de la tabla de cargos dentro de la red. Usted es responsable de la diferencia sobre la cantidad facturada además del coseguro.	Dentro de la red: Usted paga del 20 % al 50 % de coseguro. Fuera de la red: Los reclamos se basan en las tarifas de la tabla de cargos dentro de la red. Usted es responsable de la diferencia sobre la cantidad facturada además del coseguro.
• Tratamientos de restauración importantes (por ejemplo, coronas, puentes, tratamientos de conductos, dentaduras postizas, periodoncia y anestesia). Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> (Capítulo 4, Sección 2.2) para obtener información sobre los beneficios, los deducibles y los coseguros. Si quiere estos beneficios dentales complementarios opcionales, debe inscribirse para recibirlos y pagar otra prima mensual. Le enviaremos información por correo en octubre y también puede comunicarse con el servicio de atención al cliente. (Los teléfonos están en la sección 7.1 de este folleto). Puede inscribirse en el Plan dental completo en cualquier momento, y su cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Si se da de baja del plan completo, no podrá volver a inscribirse hasta el próximo año.	Cobertura para implantes Prima mensual del beneficio dental complementario opcional: \$19	Los implantes no están cubiertos Prima mensual del beneficio dental complementario opcional: \$19

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de médico/proveedor de atención médica, incluyendo las visitas en el consultorio del médico:		
- Sesiones individuales y de grupo para servicios especializados de salud mental, psiquiátricos y de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios - Servicios de rehabilitación ambulatoria, incluyendo terapia física, ocupacional, y del habla y el lenguaje - PCP/otros servicios de profesionales de atención médica, servicios de especialistas - Servicios necesarios de urgencia	Dentro de la red: No aplica Fuera de la red: No aplica	Dentro de la red: Sin cargo Fuera de la red: Los costos compartidos para estos tipos de servicios de telesalud son los mismos que para los servicios prestados en persona.
Usted tiene la opción de recibir estos servicios mediante una visita en persona o por telesalud. Si quiere recibir uno de estos servicios por telesalud, debe comunicarse con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud.		

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

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

Para seguir en nuestro plan no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o si no se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito como miembro de nuestro Presbyterian MediCare PPO Plan 1 de 2022.

Sección 3.2: Si quiere cambiarse de plan

Esperamos tenerlo como miembro el próximo año, pero, si quiere cambiarse para 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea la guía *Medicare y usted 2022*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la sección 6) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

También puede obtener información sobre los planes en su área usando el buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí hay información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan médico de Medicare diferente**, inscribese en el plan nuevo. Se le dará de baja automáticamente de Presbyterian MediCare PPO Plan 1.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de Presbyterian MediCare PPO Plan 1.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comunicarse con el servicio de atención al cliente para obtener más información de cómo hacer esto (los teléfonos están en la sección 7.1 de este folleto).
 - O comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de planes

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo **del 15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2022.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras fechas. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellas que reciben la “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o dejarán la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio podrían tener autorización para hacer un cambio en otros momentos del año. Consulte la Sección 2.3 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información.

Si usted se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta el plan que eligió, 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 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que dan orientación gratis sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados. En Nuevo México, el SHIP es conocido como “Servicios de Largo Plazo para Adultos Mayores en Nuevo México”.

Los Servicios de Largo Plazo para Adultos Mayores en Nuevo México son independientes (no tienen conexión con ninguna compañía de seguros ni plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación local **gratis** sobre seguros médicos a personas con Medicare. Los consejeros de los Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo 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 a los Servicios de Largo Plazo para Adultos Mayores en Nuevo México al 1-800-432-2080 o TTY (505) 476-4937. Para obtener más información de los Servicios de Largo Plazo para Adultos Mayores en 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 para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán un período sin cobertura ni multas por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para saber si califica, llamar a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048, y puede hacerlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- Llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre 7:00 a. m. y 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes) o
- A su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **¿Qué ocurre si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a que las personas que tienen VIH/SIDA y que son elegibles para el programa tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que ADAP también cubre, califican para la asistencia de costos compartidos para los medicamentos con receta del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA del Departamento de Salud de Nuevo México. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo un comprobante de residencia en el estado y de su situación de VIH, comprobante de bajos ingresos según lo que define el estado y de su situación como persona sin seguro/con cobertura de seguro insuficiente.

Si usted actualmente está inscrito en un ADAP, es posible que pueda continuar dándole ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los que estén en la lista de medicamentos cubiertos del ADAP. Para asegurarse de que continúe recibiendo esta asistencia, avise a su trabajador local de inscripción en el Programa de Asistencia con Medicamentos contra el SIDA sobre cualquier cambio en su nombre de plan o número de póliza de la Parte D de Medicare al ponerse en contacto con el ADAP del Departamento de Salud de Nuevo México:

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

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

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

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

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Comuníquese con el servicio de atención al cliente llamando al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343. (Los usuarios de TTY, deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas de domingo a sábado de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Si llama del **1 de abril al 30 de septiembre**, el horario de servicio al cliente es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días feriados). Las llamadas a estos teléfonos son gratis.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2022 (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 2022. Para obtener información, consulte Presbyterian MediCare PPO Plan 1 en la *Evidencia de cobertura* de 2022. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas 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 de atención al cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2: Cómo recibir 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información del costo, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes en su área usando el buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted* 2022

Puede leer la guía *Medicare y usted* 2022. Cada año en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen 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 folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando 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.