

Senior Care Plus ofrece el Plan Senior Care Plus Complete (HMO)

Aviso anual de los cambios para 2024

Actualmente, está inscrito como miembro del *Plan Senior Care Plus Complete*. El próximo año habrá cambios en los beneficios y costos del plan. **Consulte la página 5 para obtener un Resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web www.seniorcareplus.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

- **Tiene un plazo del 15 de octubre al 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios le corresponden

- Verifique los cambios en nuestros costos y beneficios para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (de médicos y hospitales).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Reflexione si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de planes en su área. Utilice el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que se encuentra al dorso de su manual *Medicare y usted 2024*.

- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y su cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en el *Plan Senior Care Plus Complete*.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en el *Plan Senior Care Plus Complete*.
- Si se mudó recientemente, vive en este momento o acaba de retirarse de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o pasarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- This document is available for free in Spanish.
- ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 888-775-7003 (TTY users should call the State Relay Service at 711). Please contact Customer Service at (702)914-0863 or toll-free at 888-775-7003 for additional information. (TTY users should call the State Relay Service at 711). (We are not open 7 days a week all year round). Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through March 31, and Monday to Friday (except holidays) from April 1 through September 30. This call is free.
- Customer Service also has free language interpreter services available for non-English speakers.
- Esta información está disponible gratuitamente en español.
- Atención: Si usted habla español, los servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión estatal en 711).
- Por favor contáctese con nuestro servicio al cliente al (702)914-0863 o llame gratuitamente al 888-775-7003 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión del estado al 711). (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). El horario es de 8:00 a.m. A 8:00 p.m., Los 7 días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto festivos) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- Servicios al cliente también tiene servicios gratuitos de traducción para los que no hablan inglés.

- Esta información se encuentra disponible en distintos formatos, incluidos español y otros idiomas, así como en letras grandes y en sistema braille. Llame al Servicio al Cliente al número que aparece arriba si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura que abarca este plan cumple con los requisitos como cobertura médica elegible (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca del Plan Senior Care Plus Complete

- Senior Care Plus es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Senior Care Plus depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Senior Care Plus. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa el Plan Senior Care Plus Complete.

H2960_2024_Complete_019_M

Archivar y usar 09/18/2023

Notificación anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024.....	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año	9
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	9
Sección 1.2: Cambios en el gasto máximo de bolsillo	9
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....	10
Sección 1.4: Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos	10
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	12
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir.....	15
Sección 2.1: Si desea permanecer en el <i>Plan Senior Care Plus Complete</i>	15
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan.....	15
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan.....	16
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre el Programa Medicare	17
SECCIÓN 5 Programas que lo ayudan a pagar por sus medicamentos recetados	17
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	18
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda del <i>Plan Senior Care Plus Complete</i>	18
Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	19

Resumen de costos importantes para 2024

En la tabla que aparece a continuación, se comparan los costos de 2023 y 2024 del *Plan Senior Care Plus Complete* en distintas áreas importantes. **Tenga en cuenta que este documento solamente es un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo Esto será lo <u>máximo</u> que pagará de gastos de bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$1,500	\$1,000
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) preferido por servicios cubiertos por Medicare. Visitas al especialista: Copago de \$0 por cada visita con un especialista por servicios cubiertos por Medicare.	Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita a un proveedor de atención primaria (PCP) preferido por servicios cubiertos por Medicare. Visitas al especialista: Copago de \$0 por cada visita con un especialista por servicios cubiertos por Medicare.

Costo	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
<p>Estadías en hospital para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye hospitales de atención a largo plazo, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención aguda para pacientes hospitalizados y otros tipos de servicios en hospitales para pacientes hospitalizados. La atención en hospitales para pacientes hospitalizados comienza el día en el que es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado. Los centros preferidos son centros que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los asegurados por un copago más bajo que otros centros que forman parte de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en https://www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al Cliente al 775-982-3112.</p> <p>Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto.</p>	<p>Centro preferido: Copago de \$0 por día.</p> <p>Centro no preferido: Copago de \$0 por día.</p>	<p>Centro preferido: Copago de \$0 por día.</p> <p>Centro no preferido: Copago de \$0 por día.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial (suministro de 30 días):</p> <p>Nivel 1 de pago por medicamento 1: Costo compartido minorista estándar: \$8 por receta.</p> <p>Costo compartido minorista preferido: \$2 por receta.</p> <p>Nivel 2 de pago por medicamento 2: Costo compartido minorista estándar: \$16 por receta.</p> <p>Costo compartido minorista preferido: \$8 por receta.</p> <p>Nivel 3 de pago por medicamento 3: Costo compartido minorista estándar: \$47 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido minorista preferido: \$41 por receta.</p> <p>Nivel 4 de pago por medicamento 4: Costo compartido minorista estándar: \$100 por receta.</p> <p>Costo compartido minorista preferido: \$94 por receta.</p> <p>Nivel 5 de pago por medicamento 5:</p>	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial (suministro de 30 días):</p> <p>Nivel 1 de pago por medicamento 1: Genérico preferido: \$2 por receta.</p> <p>Nivel 2 de pago por medicamento 2: Genérico: \$8 por receta.</p> <p>Nivel 3 de pago por medicamento 3: De marca preferido: \$47 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 de pago por medicamento 4: De marca no preferido: \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5 de pago por medicamento 5: Especialidad: 33 % por receta.</p> <p>Nivel 6 de pago por medicamento 6: De atención médica seleccionados: \$0 por receta.</p> <p>Cobertura para casos catastróficos:</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
	<p>Usted paga el 33 % por medicamentos recetados estándar y preferidos.</p> <p>Nivel 6 de pago por medicamento 6:</p> <p>Costo compartido estándar: \$6 por receta. Costo compartido preferido: \$0 por receta.</p> <p>Cobertura para casos catastróficos:</p> <p style="padding-left: 40px;">Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos cubiertos.</p> <p style="padding-left: 40px;">Por cada receta, usted paga el monto que sea mayor: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como un genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos).</p>	<p>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No debe pagar nada.</p>

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
Prima mensual (También tiene que seguir pagando su prima del plan de salud de la Parte B de Medicare).	\$0	<i>Sin cambios para 2024</i>

- Su prima mensual del plan será *superior* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos del Programa Medicare (también denominada “cobertura válida”) durante 63 días o más.
- Si posee un ingreso mayor, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno para la cobertura de su medicamento con receta de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en el gasto máximo de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad de gastos de bolsillo que debe realizar en el año. Este límite se denomina gasto máximo de bolsillo. Una vez que llegó a ese monto, por lo general, no debe pagar nada por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
Gasto máximo de bolsillo Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como, por ejemplo, los copagos) cuentan dentro del gasto máximo de bolsillo.	<i>\$1,500 por año</i>	<i>\$1,000 por año</i> Una vez que haya pagado \$1,000 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada más por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Encontrará el Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web www.seniorcareplus.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo postal, lo cual haremos dentro de los tres días hábiles posteriores.

Existen cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de proveedores de 2024 para corroborar si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Existen cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de farmacias de 2024 para ver qué farmacias hay en nuestra red.**

Es importante que sepa que realizaremos cambios a los hospitales, los médicos, los especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con el Servicio al Cliente para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4: Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La información que figura a continuación describe dichos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
Atención médica de emergencia	Paga un copago de \$125 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.	Paga un copago de \$135 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.
Servicios para el cuidado de la audición	Copago de \$0 por exámenes de equilibrio y audición de diagnóstico cubiertos por Medicare cuando sean médicamente necesarios. Audífonos: copago de hasta \$400 para el costo de hasta dos audífonos de NationsHearing en cada período de beneficios. Usted es responsable de cualquier costo restante	Copago de \$0 por exámenes de equilibrio y audición de diagnóstico cubiertos por Medicare cuando sean médicamente necesarios. Audífonos: copago de hasta \$750 para el costo de hasta dos audífonos de NationsHearing en cada período de beneficios. Usted es responsable de cualquier

Costo	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
	después de que se aplique el máximo de beneficios del plan.	costo restante después de que se aplique el máximo de beneficios del plan.
Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$200 por imágenes por resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones y medicina nuclear.	Usted paga un copago de \$150 por imágenes por resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones y medicina nuclear.
Medicamentos de venta libre	<p>Tiene una asignación de \$85 cada trimestre para gastar en artículos, medicamentos y productos de venta sin receta aprobados por el plan.</p> <p>Si no utiliza todo el monto de su beneficio trimestral de artículos de venta sin receta cuando realiza su pedido, el saldo restante no se acumulará para el siguiente período de beneficios de artículos de venta sin receta.</p>	<p>Tiene una asignación de \$100 cada trimestre para gastar en artículos, medicamentos y productos de venta sin receta aprobados por el plan.</p> <p>Si no utiliza todo el monto de su beneficio trimestral de artículos de venta sin receta cuando realiza su pedido, el saldo restante no se acumulará para el siguiente período de beneficios de artículos de venta sin receta.</p>
Servicios de hospitalización parcial	Copago de \$55 por cada visita cubierta por Medicare.	Copago de \$100 por cada consulta cubierta por Medicare.
Servicios para la vista	<p>\$0 por cada examen de la vista de rutina anual.</p> <p>Asignación de hasta \$250 cada año que se contempla para la compra de un par completo de anteojos o lentes de contacto.</p>	<p>\$0 por cada examen de la vista de rutina anual.</p> <p>Cantidad asignada de hasta \$400 cada dos años que se contempla para la compra de un par completo de anteojos o lentes de contacto.</p>

Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestro listado de medicamentos cubiertos se denomina “Lista de medicamentos”. Se proporciona por vía electrónica una copia de la “Lista de medicamentos”. Instrucciones sobre cómo acceder al formulario incluido en esta correspondencia.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podría incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o el traslado de estos a un nivel de costo compartido diferente. **Verifique la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si existirán algunas restricciones, o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” se producen al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos considerados inseguros por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Renovamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

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 colaborar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

A partir de 2024, podremos quitar un medicamento de marca inmediatamente de nuestra “Lista de medicamentos” si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por una versión genérica nueva que se encuentre en el mismo nivel de costos compartidos, o en uno inferior, y que tenga las mismas restricciones o menos. Además, al momento de agregar el medicamento genérico nuevo, podremos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero cambiarlo de inmediato a otro nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones, o ambas opciones.

Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca que se reemplaza o se cambia a un nivel de costos compartidos más alto, ya no recibirá siempre notificación del cambio con 30 días de anticipación, ni recibirá un suministro para un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero esta podría llegar después de realizado el cambio.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted. Le enviamos un folleto por separado, denominado el “Anexo a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben la Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también denominado “Anexo para subsidio por ingresos bajos” [Low Income Subsidy, LIS] o “Anexo LIS”), que le informa acerca de los costos de sus medicamentos. Si percibe la “Ayuda adicional” y no ha recibido este anexo antes *30 de septiembre de 2023*, llame a Servicio al Cliente para pedir la “Cláusula adicional para el LIS”.

Existen cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La información que figura a continuación muestra los cambios en las primeras dos etapas: Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los asegurados no alcanza las otras dos etapas: Etapa de lapso en la cobertura o la Etapa de cobertura para casos catastróficos).

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no pagó su deducible. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.</p>	<p>Debido a que no hay un deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.</p>	<p>Debido a que no hay un deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.</p>

Cambios en su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte de dicho costo.</p> <p>Los costos que aparecen en esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surta sus medicamentos recetados en una farmacia que pertenece a la red con costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos recetados con servicio de pedido por correo postal, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia que pertenezca a la red con costo compartido estándar y preferido:</p> <p>Genéricos preferidos: Costo compartido minorista estándar: \$8 por receta. Costo compartido minorista preferido: \$2 por receta.</p> <p>Genéricos no preferidos: Costo compartido minorista estándar: \$16 por receta. Costo compartido minorista preferido: \$8 por receta.</p> <p>De marca preferido: Costo compartido minorista estándar: \$47 por receta. Costo compartido minorista preferido: \$41 por receta.</p> <p>De marca no preferido: Costo compartido minorista estándar: \$100 por receta. Costo compartido minorista preferido: \$94 por receta.</p> <p>Especializados: Usted paga el 33 % por medicamentos recetados estándar y preferidos.</p> <p>NC: Costo compartido estándar: \$6 por receta. Costo compartido preferido: \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,460, pasará a la siguiente etapa (Etapa de lapso en la cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia que pertenezca a la red:</p> <p>Genéricos preferidos: \$2 por receta médica.</p> <p>Genéricos no preferidos: \$8 por receta médica.</p> <p>De marca preferido: \$47 por receta médica. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>De marca no preferido: \$100 por receta médica.</p> <p>Especializados: 33 % del costo total</p> <p>De atención médica seleccionados: \$0 por receta médica</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa de lapso en la cobertura).</p>

Cambios en las etapas de lapso en la cobertura y de cobertura para casos catastróficos

Las otras dos etapas de cobertura para los medicamentos, la Etapa del lapso en la cobertura y la Etapa de la cobertura para casos catastróficos, son para aquellas personas que tienen costos altos de medicamentos. **La mayoría de los asegurados no alcanza la Etapa del lapso en la cobertura o la Etapa de cobertura para casos catastróficos.**

A partir de 2024, si llega a la Etapa de la cobertura para casos catastróficos no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos durante estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea permanecer en el *Plan Senior Care Plus Complete*

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se pasa a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro *Plan Senior Care Plus Complete*.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo nuestro miembro durante el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2024, debe seguir estos pasos:

Paso 1: Obtenga más detalles y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare,
- *O BIEN* puede cambiarse al Programa Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse en el plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información acerca de Original Medicare y de 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 SHIP (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, Senior Care Plus ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden ser diferentes con respecto a la cobertura, las primas del plan de salud mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud diferente de Medicare, debe inscribirse en un plan nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en el *Plan Senior Care Plus Complete*.
- Para cambiarse al programa Original Medicare con un plan de medicamentos recetados, debe inscribirse en un plan de medicamentos nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en el *Plan Senior Care Plus Complete*.
- Para cambiarse al programa Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, entonces deberá:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - *Alternativamente*, comuníquese con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o al programa Original Medicare para el año siguiente, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2024.

¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

En algunos casos, los cambios también se permiten en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen los asegurados de Medicaid, quienes reciban la “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, quienes tengan o dejen la cobertura de su empleador y quienes estén fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2024 y no está conforme con su elección, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2024.

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

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre el Programa Medicare

El SHIP es un programa independiente del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En *Nevada*, el SHIP se denomina Nevada SHIP (a través de la División de Servicios para la Vejez y Access to Healthcare Network).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que tienen Medicare. Los consejeros de Nevada SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a Nevada SHIP al 877-385-2345 o al 800-307-4444. Puede averiguar más sobre Nevada SHIP si visita su sitio web (adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/).

SECCIÓN 5 Programas que lo ayudan a pagar por sus medicamentos recetados

Usted puede cumplir con los requisitos para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, enumeramos distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas que poseen ingresos limitados pueden cumplir con los requisitos para recibir la “Ayuda adicional” para pagar sus costos de medicamentos recetados. Si cumple con los requisitos, Medicare puede pagarle hasta un 75 % o más de sus gastos para medicamentos, que incluye las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, aquellos que cumplen con los requisitos no tendrán una multa por lapso en la cobertura o por inscripción tardía. Para saber si usted cumple con los requisitos, llame:
 - 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;
 - Puede llamar a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - Su Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nevada tiene un programa denominado Programa Nevada Senior Rx and Nevada Disability Rx que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o problema de salud. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros de Salud.

- **Asistencia de costos compartidos de los medicamentos recetados para las personas que padecen de SIDA/VIH.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para recibir el ADAP que padecen de VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar la vida. Las personas tienen que cumplir con determinados criterios, incluidos prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de ingresos bajos según la definición del Estado y prueba de estar sin cobertura de seguro o tener cobertura no adecuada. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) cumplen con los requisitos para la ayuda con el costo compartido de los medicamentos recetados mediante el Programa Ryan White sobre el VIH/SIDA de la Parte B (Ryan White HIV/AIDS Part B, RWPB) del Departamento de Salud y Servicios Humanos del estado de Nevada. Para obtener información sobre los requisitos de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Access to Healthcare Network (AHN) al 1-775-284-8989 o de manera gratuita al 1-877-385-2345.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda del *Plan Senior Care Plus Complete*

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicio al Cliente al (702)914-0863 o de manera gratuita al 888-775-7003. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711). (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (allí encontrará detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)

Este *Aviso anual de los cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus costos y beneficios para el 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2024 para el *Plan Senior Care Plus Complete*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada y legal de sus beneficios del plan. Le explica sus derechos y las reglas que tiene que seguir para obtener los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. Se proporciona una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web www.seniorcareplus.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.seniorcareplus.com. Le recordamos que nuestro sitio web posee la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores de servicios de salud (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/ "Lista de medicamentos"*).

Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener más 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). Posee información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones Star Ratings de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. (Para ver la información sobre planes, visite el sitio web www.medicare.gov/plan-compare).

Lea el manual *Medicare y usted 2024*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2024*. Cada otoño, se envía por correo postal este documento a las personas que están en Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y la protección de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o si llama 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.