**[MA-only PPO models**]  
**[2024 ANOC model**]

***[Insert 2024 plan name***] ([***insert plan type***]) ***ofrecido por*** [***insert MAO name***] [***insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names***]

# Aviso anual de cambios para 2024

*[****Optional:*** *insert member name*]  
*[****Optional:*** *insert member address*]

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *[insert 2023 plan name*]. El próximo año,   
se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan.***Consulte la página 4 para ver un resumen de los costos importantes, incluida la prima.***

Este documento describe los cambios implementados en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en *[insert URL*]. [*Insert as applicable*: También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta OR anexa OR que se envía por separado para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.]Además, puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura.*

* **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE:** qué cambios se aplican a usted

* Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
* Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
* Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
* Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
* Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

1. **COMPARE:** conozca otras opciones del plan

* Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)   
  o revise la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2024* (*Medicare y Usted 2024*).
* Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

1. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

* Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en *[insert plan name*].
* Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el   
  7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024.** Esto finalizará   
  su inscripción en *[insert plan name*].
* Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un   
  plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Este documento está disponible de forma gratuita en *[insert languages that meet the 5% threshold*].]
* Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al *[insert member services phone number*] . (Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number*]). Los horarios son *[insert days and hours of operation*]. Esta llamada es gratuita.
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio) as applicable.*]
* **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

Acerca de *[insert 2024 plan name*]

* *[Insert Federal contracting statement.*]
* Cuando en estedocumentodice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *[insert MAO name*] [*insert Plan in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document*]. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *[insert 2024 plan name*].

*[Insert Material ID: (H, R, S, or Y) number description of choice (M or C)*]

***Aviso anual de cambios* para 2024**  
**Índice**

[Resumen de costos importantes para 2024 4](#_Toc141117466)

[SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan 5](#_Toc141117467)

[SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *[insert 2024 plan name*] en 2024 5](#_Toc141117468)

[SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 6](#_Toc141117469)

[Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual 6](#_Toc141117470)

[Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 6](#_Toc141117471)

[Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores 7](#_Toc141117472)

[Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 8](#_Toc141117473)

[SECCIÓN 3 Cambios administrativos 10](#_Toc141117474)

[SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir 10](#_Toc141117475)

[Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en *[insert 2024 plan name]* 10](#_Toc141117476)

[Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan 10](#_Toc141117477)

[SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan 11](#_Toc141117478)

[SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 12](#_Toc141117479)

[SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 12](#_Toc141117480)

[SECCIÓN 8 Preguntas 13](#_Toc141117481)

[Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de [insert 2024 plan name] 13](#_Toc141117482)

[Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 14](#_Toc141117483)

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para *[insert 2024 plan name*] en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos**.

[*If using Medicare FFS amounts (e.g., Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2023 Medicare amounts and must insert:* Estos son los montos de costo compartido para 2023   
y pueden cambiar para 2024. *[Insert plan name*] proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan. *Member cost-sharing amounts may not be left blank.*]

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual del plan  *[Plans with no optional supplemental benefits delete the following.*] (Consulte la Sección *[edit section number as needed*] 2.1 para obtener más información). | *[Insert 2023 premium amount*] | *[Insert 2024 premium amount*] |
| *[Plans with no deductible may delete this row.*]  Deducible | *[Insert 2023 deductible amount*] | *[Insert 2024 deductible amount] [If an amount other than $0, add:* salvo por la insulina provista a través de un equipo médico duradero.*]* |
| Montos máximos que paga de su bolsillo  Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B]. (Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.2 para obtener más información). | De proveedores de la red: *[insert 2023 in-network MOOP amount*]  De proveedores de la red y fuera de la red combinados: *[insert 2023 combined MOOP amount]* | De proveedores de la red: *[insert 2024 in-network MOOP amount]*  De proveedores la red y  fuera de la red combinados: *[insert 2024 combined MOOP amount*] |
| Consultas en el consultorio del médico | Consultas de atención primaria: *[insert 2023 cost sharing for PCPs*] por consulta  Consultas a especialistas: *[insert 2023 cost sharing for specialists*] por consulta | Consultas de atención primaria: *[insert 2024 cost sharing for PCPs*] por consulta  Consultas a especialistas: *[insert 2024 cost sharing for specialists]* por consulta |
| Hospitalizaciones | *[Insert 2023 cost sharing*] | *[Insert 2024 cost sharing*] |

*[If Section 1 does not apply, plans should omit it and renumber remaining sections as needed.*]

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

[*Plans that are changing the plan name, as approved by CMS, include Section 1, using the section title above and the following text:*

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de *[insert 2023 plan name*] a *[insert 2024 plan name*].

*[Insert language to inform members if they will receive new ID cards and how, as well as if the name change will impact any other member communication.]*]

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *[insert 2024 plan name*] en 2024

*[If the member is being enrolled into another plan due to a consolidation or due to a transition from a D-SNP look-alike plan under 42 CFR 422.514, include Section 1, using the section title above and the text below. It is additionally expected that, as applicable throughout the ANOC, every plan/sponsor that cross walks a member from a non-renewed plan to a consolidated renewal plan or transitions a member from a D-SNP look-alike plan to a renewal plan meeting the criteria in 42 CFR 422.514(e) will compare benefits and costs from that member’s previous plan to the consolidated plan or the renewal plan. Every plan/sponsor that transitions a member from a D-SNP look-alike plan to a renewal plan, as indicated above, is encouraged to include language about the transition in a cover letter that accompanies the ANOC.]*

El 1 de enero de 2024, *[insert MAO name*] [*insert Plan in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document*] combinaremos *[insert 2023 plan name*] con uno de nuestros planes, *[insert 2024 plan name*]. La información incluida en este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en *[insert 2023 plan name*] y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2024 como miembro de *[insert 2024 plan name*].

**Si no ha hecho nada hasta el 7 de diciembre de 2023, lo inscribiremos automáticamente en *[insert 2024 plan name****]*. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, obtendrá su cobertura médica a través de *[insert 2024 plan name*]. Si desea cambiar de plan o cambiar a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, quizás pueda cambiarse de plan en otro momento.

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

### Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

*[Plans offering the following premiums must list separately in the table below: (1) Plan premium; (2) optional supplemental benefit premiums (only plans offering optional supplemental benefits during one or both of the comparison years); and (3) Part B premium reduction (only plans with Part B premium reductions during one or both of the comparison years.]*

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual  *[If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year. However, the premium must also be listed.]*  (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | *[Insert 2023 premium amount*] | *[Insert 2024 premium amount*] |

### Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

*[Plans that include the costs of supplemental benefits in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Estos límites se denominan montos máximos que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] por el resto del año.

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Máximo dentro de la red  monto que paga de su bolsillo  Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos [*insert if plan has a deductible:* y los deducibles]) de los proveedores de la red se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. *[Plans with no premium delete the following sentence*.] Su prima del plan no se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. | *[Insert 2023 in-network MOOP amount*] | *[Insert 2024 in-network MOOP amount*]  Una vez que haya pagado *[insert 2024 in-network MOOP amount*] de su bolsillo por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] de proveedores de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] de proveedores de la red durante el resto del año calendario. |
| Máximo combinado  monto que paga de su bolsillo  Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos [*insert if plan has a deductible:* y los deducibles]) de proveedores dentro y fuera de la red se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. *[Plans with no premium delete the following sentence.*] Su prima del plan no se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.  *[If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year.]* | *[Insert 2023 combined MOOP amount*] | *[Insert 2024 combined MOOP amount*]  Una vez que haya pagado *[insert 2024 combined MOOP amount]* de su bolsillo por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B], no pagará nada por sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] de proveedores dentro la red o fuera de la red durante el resto del año calendario. |

### Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

[*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro *Directorio de proveedores* en el sobre con este documento.] Los directorios actualizados [i*nsert if applicable*: también] se encuentran en nuestro sitio web en *[insert URL]*. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores*, que le enviaremos por correo en un plazo de tres días hábiles.

*[Insert applicable section: For a plan that does not have changes in its provider network*] No hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año.

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its provider network*] Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores* de 2024 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red**.

*[All plans must insert the following*] Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarlo.

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

[*If there are no changes in benefits or in cost sharing, revise heading to “There are no changes to your benefits or amounts you pay for medical services” and replace the rest of this section with:* Nuestros beneficios y lo que usted pague por estos servicios médicos cubiertos en 2024 serán exactamente los mismos que en 2023].

Estaremos realizando cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el   
próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2023 benefits that will end for 2024, including any new optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium); (2) new/changing limitations or restrictions,* *including referrals, prior authorizations, and Step Therapy for Part B drugs for CY2024 Part C benefits; and (3) all changes in cost sharing for 2024 for covered medical services, including any changes to service category, out-of-pocket maximums, and cost sharing for optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium). Note that beginning July 2023, cost-sharing for insulin furnished through an item of DME is subject to a coinsurance cap of $35 for one-month’s supply of insulin.]*

[*If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2023 Medicare amounts and must insert:* Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. *[Insert plan name*] proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan. *Member cost-sharing amounts may not be left blank.]*

[*Instructions to plans offering VBID Model benefits: VBID Model participating plans should update this section to reflect coverage for any new VBID Model benefits that will be added for CY 2024 benefits, and/or for previous CY 2023 VBID Model benefits that will end for CY 2024. Specific to the VBID Model benefits, the table must include: (1) all new VBID Model benefits that will be added for 2024, except for the hospice benefit component (which has separate ANOC instructions to VBID participating plans), including mandatory supplemental benefits such as the flexibility to Cover New and Existing Technologies or Food and Drug Administration (FDA) approved Medical Devices or 2023 benefits that will end for 2024; and (2) all changes in cost sharing for all VBID Model benefits for 2024.]*

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | [*For benefits that were not covered in 2023 [Insert benefit name]* no tiene cobertura.]  [*For benefits with a copayment insert:* Usted paga un copago de$*[insert 2023 copayment amount*] *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., per office visit)].*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* Usted pagael *[insert 2023 coinsurance percentage*]% del costo total *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., for up to one visit per year)].*] | [*For benefits that are not covered in 2024[Insert benefit name]* no tiene cobertura.]  [*For benefits with a copayment insert:* Usted paga un copago de$*[insert 2024 copayment amount*] *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., per office visit)].*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* Usted pagael *[insert 2024 coinsurance percentage*]% del costo total *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., for up to one visit per year].*] |
| *[Insert benefit name*] | *[Insert 2023 cost/ coverage, using format described above.]* | *[Insert 2024 cost/ coverage, using format described above.*] |

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

*[Insert this section if applicable: Plans with administrative changes that impact members (e.g., a change in options for paying the monthly premium, change in contract or PBP number) may insert this section and include an introductory sentence that explains the general nature of the administrative changes. Plans that choose to omit this section should renumber the remaining sections as needed*.]

| Descripción | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing*] | *[Insert 2023 administrative description]* | *[Insert 2024 administrative description*] |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2023 administrative description*] | *[Insert 2024 administrative description*] |

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en *[insert 2024 plan name]*

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan *[insert 2024 plan name*].

### Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiarse de plan, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

* Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
* *O* puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir   
  si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, se le podría aplicar una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes   
de Medicare, use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección *[edit section number as needed*] 6), o llame a Medicare (consulte la Sección *[edit section number as needed*] 8.2).

[*Plans may choose to insert if applicable:* Como recordatorio, *[insert MAO name] [insert Plan in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]* ofrece otros [*insert as applicable:* planes de salud de Medicare AND/*OR* planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.]]

Paso 2: Cambie su cobertura

* Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2024 plan name*].
  + Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta,** inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2024 plan name*].
* Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta,** debe seguir uno de estos pasos:
  + Envíenos una solicitud por escrito paracancelar la inscripción a [*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment:* o visite nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea]. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
  + *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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 5 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede   
hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.Elcambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito   
sobre Medicare

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to use the generic name (State Health Insurance Assistance Program) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.]*

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En *[insert state]*, el SHIP se denomina *[insert state-specific SHIP name*].

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita,** a las personas que tienen Medicare. Los asesores del *[Insert state-specific SHIP name*] pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a *[insert state-specific SHIP name]* al *[insert SHIP phone number*]. [*Plans may insert the following:* Para obtener más información sobre *[insert state-specific SHIP name*], visite su sitio web (*[insert SHIP website]*).]

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos   
con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. *[Plans in states without both SPAPs and ADAPs, delete the next sentence.]* A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

* **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
  + Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar   
    al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  + La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
  + A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
* *[Plans without an SPAP in their state(s) should delete this bullet.] [Organizations offering plans in multiple states: Revise this bullet to use the generic name (State Pharmaceutical Assistance Program) when necessary, and include a list of names for all SPAPs in your service area.]* **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** *[Insert state name*] tiene un programa denominado *[insert state-specific SPAP name*] que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
* *[Plans without an ADAP in their state(s), should delete this bullet.]* **¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta del *[insert State-specific ADAP information*]. **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente.
* Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare. *[Insert State-specific ADAP contact information.*]

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al *[insert State-specific ADAP contact information*].

SECCIÓN 8 Preguntas

### Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de [insert 2024 plan name]

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al *[insert member services phone number].* (Solo los servicios de TTY deben llamar al *[insert TTY number*]). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas *[insert days and hours of operation*]. [*Insert if applicable:* Las llamadas a estos números son gratuitas.]

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2024 (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2024 para *[insert 2024 plan name*]. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en *[insert URL*]. [*Insert as applicable*: También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta OR anexa OR que se envía por separado para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.]Además, puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura.*

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en *[insert URL*]. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*).

### Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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](https://www.medicare.gov/)). Tiene información acerca de los costos,   
la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para conocer más información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2024* (*Medicare y Usted 2024*)

Lea el manual *Medicare & You 2024* (*Medicare y Usted 2024*). Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted 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 llamando al   
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.