**[PDP models]**  
**[2024 ANOC model]**

***[Insert 2024 plan name] ([insert plan type]) ofrecido por [insert Part D sponsor name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor 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 los costos, los beneficios o las normas revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web *[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 nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos   
  de autorización y los costos.
* Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
* Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
* 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].*

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]*.) El horario es *[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.]*

Acerca de *[insert 2024 plan name]*

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* Cuando este documento dice“nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa *[insert Part D sponsor name]* *[insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor names throughout this document]*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *[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 3](#_Toc141118915)

[SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan 5](#_Toc141118916)

[SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en [insert 2024 plan name] en 2024 5](#_Toc141118917)

[SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 6](#_Toc141118918)

[Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual 6](#_Toc141118919)

[Sección 2.2 – Cambios en la red de farmacias 6](#_Toc141118920)

[Sección 2.3 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 7](#_Toc141118921)

[SECCIÓN 3 Cambios administrativos 16](#_Toc141118922)

[SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir 16](#_Toc141118923)

[Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en *[insert 2024 plan name]* 16](#_Toc141118924)

[Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan 16](#_Toc141118925)

[SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan 18](#_Toc141118926)

[SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 18](#_Toc141118927)

[SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 19](#_Toc141118928)

[SECCIÓN 8 Preguntas 20](#_Toc141118929)

[Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de *[insert 2024 plan name]* 20](#_Toc141118930)

[Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 20](#_Toc141118931)

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**.

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual del plan\*  \*Su prima puede ser superior [*Plans with $0 premium should not include:* or lower] a este monto. Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.1 para obtener más información. | *[Insert 2023 premium amount]* | *[Insert 2024 premium amount]* |
| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D  (Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.3 para obtener más información). | Deducible: *[Insert 2023 deductible amount.] [If an amount other than $0, add:* salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D*.]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* durante la Etapa de cobertura inicial:   * Medicamentos de Nivel 1: *[Insert 2023 cost sharing]* *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.*]* * *[Repeat for all drug tiers.]*   Cobertura en situaciones catastróficas:   * Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. * *[When applicable, plans must insert a brief explanation of what the member pays during this stage. For example:* Por cada medicamento con receta, usted paga el que sea más caro: un pago igual 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 genérico, y $10.35 para todos los demás medicamentos).*].* | Deducible: *[Insert 2024 deductible amount.] [If an amount other than $0, add:* salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D*.]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* durante la Etapa de cobertura inicial:  Medicamentos de Nivel 1: *[Insert 2024 cost sharing] [Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.*]*   * *[Repeat for all drug tiers.]*   Cobertura en situaciones catastróficas:   * *[Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that do cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage, insert the following*: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.*]* * *[Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following 2 bullets:* * Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos  cubiertos de la Parte D. * Es posible que tenga un costo compartido para los medicamentos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.*]* |

*[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 crosswalks 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, including cost sharing for drug tiers, 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 Part D sponsor name] [insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor names throughout this document]* se combinará *[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 antes del 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 para medicamentos con receta 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,  a menos que la pague Medicaid). | *[Insert 2023 premium amount]* | *[Insert 2024 premium amount]* |

* Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
* Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
* *[Plans with $0 premium should not include this bullet]* Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 acerca de “Ayuda adicional” de Medicare.

### Sección 2.2 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. [*Insert if applicable:* Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, lo que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.]

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro *Directorio de farmacias* en el sobre con este documento.] Hay disponible un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web, *[insert URL].* Puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias.* **Revise el *Directorio de farmacias* de 2024 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

*OR*

*[For a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network]* Nuestra red ha cambiado más que de costumbre para 2024. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro *Directorio de farmacias* en el sobre con este documento.] Hay disponible un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web, *[insert URL].* Puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias.* **Le recomendamos que revise nuestro *Directorio de farmacias* vigente para verificar si su farmacia aún se encuentra en nuestra red.**

*[All plans must insert the following]* Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarlo.

### Sección 2.3 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

#### Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra “Lista de medicamentos” [*insert:* en este sobre] *OR [insert:* por vía electrónica]. [*If including an abridged formulary, add the following language:* La “Lista de medicamentos” contiene muchos, pero no la totalidad, los medicamentos que cubriremos el año próximo. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que aún se encuentre cubierto. **Puede obtener la “Lista de medicamentos” *completa*** si llama a Servicios para los miembros (consulte la contratapa) o visita nuestro sitio web (*[insert URL*]).]

[*Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with:* No hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos” para el próximo año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. También podemos eliminar inmediatamente medicamentos considerados inseguros por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.]

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la “Lista de medicamentos” se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente medicamentos considerados inseguros por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 7 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros para obtener más información.

[*Plan sponsors implementing for the first time in 2024 have the option to immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents, that otherwise meet the requirements, should insert the following:* A partir de 2024, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por una nueva versión genérica del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un medicamento de marca que será reemplazado o movido a un nivel de costo compartido más alto, ya no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo apliquemos ni recibirá un suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero el aviso le puede llegar después de que apliquemos el cambio.]

#### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

*[Plans that are VBID Model participants and offer $0 cost sharing for Part D drugs across all phases for all levels of LIS may delete the following paragraph.] [Plans that enroll partial dual eligible beneficiaries should delete the following paragraph for QDWI beneficiaries.]* **Nota:** Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D** [*insert as applicable:* **puede no aplicarse** *OR* **no se aplica] en su caso.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*Hemos [*insert as appropriate:* incluido *OR* enviado] un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominado “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” [*if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:* y no recibió este inserto con este paquete,] [*if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:* y no ha recibido este inserto antes del *[insert date]*,] llame a Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

##### Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 1: Etapa del deducible anual  Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos [*insert as applicable:* de la Parte D *OR* de marca *OR [tier name(s)]*] hasta que alcance el deducible anual. 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 para los viajes.  *[Plans with no deductible, omit text above.]* | El deducible es de $*[insert 2023 deductible]*.  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2023 and/or 2024 insert the following:]* Durante esta etapa, usted paga *[insert cost-sharing amount that a member would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* de costo compartido por los medicamentos en *[insert name of tier(s) excluded from the deductible]* y el costo total de los medicamentos del *[insert name of tier(s) where copayments apply]* hasta que alcance el deducible anual. | El deducible es de $*[insert 2024 deductible]*.  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2023 and/or 2024 insert the following:]* Durante esta etapa, usted paga *[insert cost-sharing amount that a member would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* de costo compartido por los medicamentos en *[insert name of tier(s) excluded from the deductible]* y el costo total de los medicamentos del *[insert name of tier(s) where copayments* *apply]* hasta que alcance el deducible anual. |

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

[*Plans that are changing the cost sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2023 to 2024 insert:* Para los medicamentos del *[insert name of tier(s)]*, su costo compartido en la etapa de cobertura inicial cambia de [*insert whichever is appropriate:* copago a coseguro *O* de coseguro a copago.] Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2024 en relación con 2023.]

*[Plans must list all drug tiers in the table below and show costs for a one-month supply filled at a network retail pharmacy. Plans that have pharmacies that provide preferred cost sharing must provide information on both standard and preferred cost sharing using the second alternate chart. Plans without drug tiers may revise the table as appropriate.]*

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**.[*Plans that are changing the cost sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2023 to 2024 insert for each applicable tier:* En 2023, usted pagó [*insert as appropriate:* un copago de $[xx] *OR* el [xx]% de coseguro] por los medicamentos del *[insert tier name]*. En 2024, usted pagará [*insert as appropriate:* un copago de $[xx] *OR* el [xx]% de coseguro] por los medicamentos de este nivel.]  La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. | Sus costos por un suministro para un mes *[plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert:* ([*xx*] días) *en lugar de* un mes] obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2023 initial coverage limit]*,pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]* de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] | Sus costos por un suministro para un mes *[plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert:* ([*xx*] días) *en lugar de* un mes] obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.] *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier*: Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.*]*  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.] *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* Usted paga $[xx] por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.*]*  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable:* los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2024 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)  Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (*[insert number  of days in a one-month supply]*- días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert:* La cantidad de días de un suministro para un mes ha cambiado para 2024 en relación con 2023 como se detalla en la tabla.] Para obtener información sobre los costos [*insert as applicable:* de un suministro a largo  plazo en una farmacia de la red que  ofrece un costo compartido preferido o  de medicamentos con receta para pedido por correo], consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura.*  [*Insert if applicable:* Hemos cambiado  el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos”. Para  saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.] |  |  |

*[Plans with pharmacies that offer standard and preferred cost sharing may replace the chart above with the one below to provide both cost-sharing rates.]*

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo** [*Plans that are changing the cost sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2023 to 2024 insert for each applicable tier:* En 2023, usted pagó [*insert as appropriate:* un copago de $[*xx*] *OR* el [*xx*]% de coseguro] por los medicamentos del *[insert tier name]*. En 2024, usted pagará [*insert as appropriate:* un copago de $[*xx*] *OR* un coseguro del [*xx*]%] por los medicamentos de este nivel.]  Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (*[insert number of days in a one-month supply]*días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert:*  La cantidad de días de un suministro para un mes ha cambiado para 2024 en relación con 2023 como se detalla en la tabla.] Para obtener información sobre los costos [*insert as applicable:* de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo], consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura.*  [*Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.]  La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. | Sus costos por un suministro para un mes *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert:* ([*xx*] días) en lugar de un mes*]* en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total].  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total].  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total].  *Costo compartido preferido:* Usted paga *[insert as applicable*: $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez [*insert as applicable*: que los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2023 initial coverage limit],,* pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]* de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] | Sus costos por un suministro para un mes de *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert:* ([*xx*] días) *en lugar de* un mes*]* en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total]. *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.*]*  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total]. *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing other drugs on the same tier:* Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.*]*  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total]. *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on* *the same tier*: Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.*]*  *Costo compartido preferido:* Usted paga *[insert as applicable*: $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total]. *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.*]*  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez [*insert as applicable*: que los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2024 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] |

*[Insert section below if offering VBID Model Part D cost-sharing reduction or elimination and there are changes for CY2024.]*

**Cambios en su beneficio de la Parte D de VBID**

*[VBID Model participating plans approved to offer Part D reduced or eliminated cost sharing should update this section to reflect coverage for any new VBID Model Part D cost sharing reduction or elimination that will be added for CY 2024 benefits, and all Part D changes in cost-sharing reduction or elimination for all VBID Model benefits for 2024.]*

##### Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

[*Sponsors that are changing the cost sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2023 to 2024 insert the following sentence. If many changes are being made, the language may be repeated as necessary:* Para la Etapa del período sin cobertura para los medicamentos de los Niveles [*xx*] *[insert tiers],* su costo compartido cambia de [*insert whichever is appropriate:* un copago a un coseguro *OR* de un coseguro a un copago].]

*[Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that do cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage, insert the following:* **A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D*.]***

***[****Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following*: **A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga un costo compartido para los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.*]***

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura*.

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 hasta el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en *[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 medicamentos con receta de Medicare diferente.
* *O* puede cambiar a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
* *O* puede mantener su cobertura de salud actual de Medicare y dejar su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice 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 Part D sponsor name] [insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor 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 medicamentos con receta de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2024 plan name]*.
* Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare,** debe inscribirse en el nuevo plan de salud. Según el tipo de plan que elija, es posible que se cancele su inscripción en *[insert 2024 plan name]* automáticamente.
  + Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2024 plan name]* si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. También se cancelará automáticamente su inscripción si se inscribe en una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare o una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare, incluso si dicho plan no incluye cobertura para medicamentos con receta.
  + Si elige un plan privado de pago por servicio sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener *[insert 2024 plan name]* para cobertura para medicamentos. Si se inscribe en uno de estos tipos de planes, no se cancelará automáticamente su inscripción en *[insert 2024 plan name].* Si se inscribe en este tipo de plan y desea abandonar nuestro plan, debe solicitar que se cancele su inscripción en *[insert 2024 plan name]*. Para solicitar que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o ponerse en contacto con Medicare 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).
* Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  + Envíenos una solicitud por escritopara cancelar 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 de medicamentos con receta diferente o a un plan de salud de 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 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 cambiarse 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* *(Programa estatal de asistencia sobre seguro médico) 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 al *[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* *(Programa estatal de asistencia farmacéutica) 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 su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
* *[Plans with an ADAP in their state(s) that do NOT provide Insurance Assistance should delete this bullet.] [Plans with no Part D drug cost sharing should delete this section.]***Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta través del *[insert State-specific ADAP name and 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 usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*.) Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de *[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. En nuestro sitio web *[insert URL]*. encontrará una copia de la *Evidencia de* *cobertura*. [*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 farmacias (*Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* *(Formulario/“Lista   
de medicamentos”)*.

### 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](http://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 medicamentos con receta 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.