# PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) *ofrecido por* PruittHealth Premier, Inc.

# Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, usted está inscrito como miembro de PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 para obtener un resumen de costos importantes, incluida la prima.***

Este documento 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 en PruittHealthPremier.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

## 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 a los costos de atención médica (médico, hospital).
- Revise los cambios a nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
- Considere cuánto pagará en primas, deducibles y costo compartido.

☐ Revise los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que consume siguen teniendo cobertura.

☐ Revise si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el año próximo.

☐ Considere si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE**: Conozca otras opciones de planes

☐ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o consulte la lista en la contraportada del manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2023*.

☐ Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá inscrito en PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP).
- 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 2023**. Esto cancelará su inscripción en el plan PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP).
- Consulte en la Sección 2.2, página 15 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si recientemente usted se mudó a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), vive en una de estas instituciones o se acaba de mudar de alguna de ellas, puede cambiar de planes o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan separado para medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con Servicios para los miembros al número 1-855-855-0668. (Los usuarios de TTY deben llamar a 711). Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
- Este documento está disponible en braille y en tamaño de letra grande.
- **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.

## Acerca de PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)

- PruittHealth Premier es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en PruittHealth Premier depende de la renovación del contrato. PruittHealth Premier cumple con las leyes aplicables federales de los derechos civiles y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad de origen, la edad, la discapacidad o el sexo.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a PruittHealth Premier, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP).

---

H3291_002_2023ANOC_M File & Use 12/15/2022

# *Aviso anual de cambios* para 2023
# Índice

**Resumen de costos importantes para 2023 ..... 5**

**SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo ..... 7**

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual ..... 7
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo ..... 7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias ..... 8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos ..... 9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D ..... 11

**SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir ..... 14**

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) ..... 14
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan ..... 15

**SECCIÓN 3 Cambio de plan ..... 15**

**SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid ..... 16**

**SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta ..... 17**

**SECCIÓN 6 Preguntas ..... 17**

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) ..... 17
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare ..... 18
Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid ..... 18

## Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y de 2023 para PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Si usted es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga $0 de deducible, para consultas en el consultorio del médico y hospitalizaciones.

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual del plan***<br><br>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles. | $32.40 | $37.30 |
| **Deducible** | El deducible de la Parte B es de $233<br>El deducible de la Parte A es de $1,556 | El deducible de la Parte B es de $226.<br>El deducible de la Parte A es de $1,600. |
| **Consultas en el consultorio del médico** | Consultas de atención primaria:<br>$0 de copago por consulta<br><br>Consultas a especialistas:<br>20% de coseguro por consulta | Consultas de atención primaria:<br>$0 de copago por consulta<br><br>Consultas a especialistas:<br>20% de coseguro por consulta |
| **Hospitalizaciones para pacientes internos** | Usted paga los montos de costo compartido de 2022 de Original Medicare.<br>$1,556 de deducible;<br>$0 de copago cada día por los días 1 al 60;<br>$389 de copago cada día por los días 61 al 90;<br>$778 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).<br>Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. | Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023.<br>$1,600 de deducible;<br>$0 de copago cada día por los días 1 al 60;<br>$400 de copago cada día por los días 61 al 90;<br>$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).<br>Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D**<br>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más información). | Deducible: $480<br><br>Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:<br>Medicamento de Nivel 1: 25% de coseguro | Deducible: $505<br><br>Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:<br>Medicamento de Nivel 1: 25% de coseguro |
| **Monto máximo que paga de su bolsillo**<br>Esto es lo más que usted pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.<br>(Consulte Sección 1.2 para obtener más información). | $7,550<br><br>Si usted es elegible para recibir asistencia para costos compartidos de Medicaid por parte de Medicaid, usted no es responsable del pago de los costos de bolsillo que se apliquen hacia el monto máximo de costos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. | $8,300<br><br>Usted no es responsable del pago de los costos de bolsillo que se apliquen hacia el monto máximo de costos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B |

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

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (año próximo) |
|---|---|---|
| **Prima mensual**<br>(Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que la pague Medicaid). | $32.40 | $37.30 |

### Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga "de su bolsillo" durante el año. Este límite se denomina el "monto máximo que paga de su bolsillo". Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Monto máximo que paga de su bolsillo**<br>**Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo de bolsillo.** Si es elegible para ayuda de Medicaid para los copagos y deducibles de la Parte A y de la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se considere para el monto máximo de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.<br>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. | $7,550 | $8,300<br>Una vez que haya pagado $8,300 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.<br>Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted no es responsable de ningún costo que pagaría de su bolsillo que cuente para el monto máximo que paga de su bolsillo para servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. |

## Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en PruittHealthPremier.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada de proveedores y/o farmacias, o bien, para solicitarnos que le enviemos el directorio por correo.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores* de 2023 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el año próximo. **Revise el *Directorio de farmacias* de 2023 para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias, que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio que se hace a medio año le afecta, comuníquese a Servicios para los miembros para que podamos ayudar.

## Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le indica los cambios en los beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

Estamos cambiando los costos y beneficios para ciertos servicios médicos para el siguiente año. La información que está a continuación describe los cambios.

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Autorización previa** | Se requiere autorización previa para los servicios de salud mental para pacientes externos.<br>Se requiere autorización previa para los servicios de diálisis para enfermedades renales.<br>Se requiere autorización previa para los servicios de médico especialista.<br>Solo se requiere autorización para los servicios proporcionados por proveedores no capitados para servicios de terapia física y del habla. | Ya no se requiere autorización previa para los servicios de salud mental para pacientes externos.<br>Ya no se requiere autorización previa para los servicios de diálisis para enfermedades renales.<br>Ya no se requiere autorización previa para los servicios de médico especialista.<br>No se requiere autorización para los servicios proporcionados por los centros de enfermería especializada de PruittHealth para servicios de terapia física y del habla. |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Atención hospitalaria para pacientes internados** | Usted paga los montos de costo compartido de 2022 de Original Medicare.<br>$1,556 de deducible;<br>$0 de copago cada día por los días 1 al 60;<br>$389 de copago cada día por los días 61 al 90;<br>$778 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).<br>Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. | Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023.<br>$1,600 de deducible;<br>$0 de copago cada día por los días 1 al 60;<br>$400 de copago cada día por los días 61 al 90;<br>$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).<br>Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. |
| **Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico** | Usted paga los montos de costo compartido de 2022 de Original Medicare.<br>$1,556 de deducible;<br>$0 de copago cada día por los días 1 al 60;<br>$389 de copago cada día por los días 61 al 90;<br>$778 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).<br>Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. | Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023.<br>$1,600 de deducible;<br>$0 de copago cada día por los días 1 al 60;<br>$400 de copago cada día por los días 61 al 90;<br>$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).<br>Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. |
| **Beneficio de productos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)** | **Catálogo de salud**<br>El Beneficio del catálogo de salud suministra a los miembros un máximo de $410 de crédito cada tres meses que pueden gastar en productos de un catálogo de salud determinado suministrado a los miembros por OTC Health Solutions.<br>Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente período. | **Catálogo de salud**<br>El Beneficio del catálogo de salud proporciona a los miembros un máximo de $450 cada tres meses que pueden gastar en productos de un catálogo de salud determinado que OTC Health Solutions ofrece a los miembros.<br>Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente período |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)** | Usted paga los montos de costo compartido de 2022 de Original Medicare.<br>$0 de copago cada día por los días 1 al 20 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare.<br>$194.50 de copago cada día por los días 21 al 100 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare.<br>Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. | Usted paga los 2023 montos de costo compartido de Original Medicare.<br>$0 de copago cada día por los días 1 al 20.<br>$200 de copago cada día por los días 21 al 100 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare.<br>Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. |
| **Servicios de urgencia necesarios** | Usted paga 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.<br>Hasta un máximo de $65 por consulta.<br>El coseguro no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 3 días. | Usted paga 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.<br>Hasta un máximo de $60 por consulta.<br>El coseguro no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 3 días. |

## Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de medicamentos". Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **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.**

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 de manera inmediata, eliminar medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si usted se ve afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o colaborar para encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse a Servicios para los miembros para obtener más información.

## Cambios a los costos de los medicamentos con receta

Si usted recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare, usted puede calificar para una reducción o eliminación de su costo compartido para medicamentos de la Parte D. Algo de la información descrita en esta sección **puede no aplicar a usted**.

**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 puede no aplicarse en su caso.** Nosotros le enviamos 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 denominada "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidios por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda adicional" y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2022, llame a Servicios para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS".

Existen cuatro "etapas de pago de los medicamentos."

La siguiente información describe los cambios para el próximo año 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 | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Etapa 1: Etapa del deducible anual**<br>Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual. | El deducible es de $480.<br>El monto de su deducible es de $0 o $480, según el nivel de "Ayuda adicional" que reciba. (Consulte el inserto separado, el "LIS Rider," para su monto de deducible). | El deducible es de $505.<br>El monto de su deducible es de $0 o bien $505, según el nivel de "Ayuda adicional" que recibe. (Consulte el inserto separado, el "LIS Rider," para su monto de deducible). |

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

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**<br>Una vez que 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.**<br><br>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura.* | Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:<br>25% de coseguro<br>_____<br>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $4,430, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). | Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:<br>25% de coseguro<br>_____<br>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). |

**Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas -** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

**Mensaje importante sobre lo que paga por insulina -** No pagará más de $35 por el suministro de un mes por cada producto de insulinas cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se este se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

# SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

## Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)

**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 PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP).

## Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante el año próximo, pero si desea cambiar para 2023, siga estos pasos:

### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN,* puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

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), disponible en www.medicare.gov/plan-compare, lea el manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2023*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Le recordamos que PruittHealth Premier, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto 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**, inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. 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 siete días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

# SECCIÓN 3 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.** El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2023**.**

### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, 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 pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Si usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023, 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 2023.

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

## SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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 Georgia, el SHIP se llama Georgia SHIP.

El Georgia SHIP es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Georgia SHIP pueden atender 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 Georgia SHIP al 1-866-552-4464 #4. Para más información sobre Georgia SHIP, visite su sitio web (https://aging.georgia.gov/georgia-ship).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Georgia Medicaid, comuníquese a Georgia Medicaid, 1-404-657-5468, (TYY) 711, de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Este (ET), de lunes a viernes. Pregunte cómo se vería afectada la forma en que recibe su cobertura de Georgia Medicaid si se inscribe en otro plan o vuelve a Original Medicare.

## SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en "Ayuda adicional", que se denomina también "Low Income Subsidy" (Subsidio por bajos ingresos). Esta ayuda adicional paga algunas primas de sus medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Al reunir los requisitos, usted no tiene interrupción de la cobertura ni multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta con respecto a la "Ayuda adicional", llame:
  - 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;
  - a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
  - a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **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 estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (Georgia's AIDS Drug Assistance Program (ADAP)). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-404-656-9805.

## SECCIÓN 6 Preguntas

### Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-855-855-0668. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

#### Lea su *Evidencia de cobertura de 2023,* (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 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2023 para PruittHealth Premier D-SNP (HMO

D-SNP). 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 PruittHealthPremier.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web PruittHealthPremier.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

## Sección 6.2 – 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

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad 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.

### Lea *Medicare & You (Medicare y Usted) 2023*

Usted puede leer el manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2023*. Cada otoño, este manual 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.

## Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Georgia Medicaid al 1-404-657-5468. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## Multi-Language Insert

## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-855-0668. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-855-0668. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-855-0668。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-855-0668。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-855-0668. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-855-0668. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-855-0668 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-855-0668. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-855-0668 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-855-0668. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-855-0668 سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-855-0668 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-855-0668. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-855-0668. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-855-0668. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-855-0668. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-855-855-0668 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。