



PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) ofrecido por PruittHealth Premier, Inc. Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP). El próximo año, se realizarán 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 los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura* 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 le 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 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- 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 el 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 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.

3. ELIJA: decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, 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 2024**. Esto cancelará su inscripción en el plan PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP).
- Consulte en la Sección 2.2, página 21 para obtener más información sobre sus opciones.
- 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

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-855-855-0668. (Los usuarios de TTY deben llamar al 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. Esta llamada es gratuita.
- 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

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	8
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	9
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.....	18
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	21
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP).....	21
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	21
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	22
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	22
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	23
SECCIÓN 6 Preguntas.....	24
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)	24
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	24
Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	25

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Consultas en el consultorio del médico</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: 20% de coseguro por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: 20% de coseguro por consulta</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023. \$1,600 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$400 de copago cada día por los días 61 al 90; \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida). Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2024. Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan. \$1,600 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$400 de copago cada día por los días 61 al 90; \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).</p> <p>Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$505 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos</p>	<p>Deducible: \$545 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: 25% de coseguro</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos cubiertos. • A partir de 2024, el costo compartido para los miembros que se encuentren en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas será de \$0. 	<p>Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: 25% de coseguro</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</p> <p>(Consulte Sección 1.2 para obtener más información).</p>	<p>\$8,300</p> <p>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.</p>	<p>\$8,850</p> <p>Si usted es elegible para recibir asistencia para costos compartidos de Medicare 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.</p>

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (año próximo)
Prima mensual (Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que la pague Medicaid).	\$37.30	\$44.20

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 pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo 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. 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 del plan y los costos de medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo	\$8,300	\$8,850 Una vez que haya pagado \$8,850 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. Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
que paga de su bolsillo.		

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 un directorio, el cual le enviaremos por correo en un plazo de tres días hábiles.

Hemos cambiado 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.) están en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el año próximo. **Revise el *Directorio de farmacias de 2024* 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Remisión	Se requieren servicios adicionales de telesalud.	No se requieren servicios adicionales de telesalud.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de quiropráctica - Cuidado quiropráctico de rutina</p>	<p><u>Sin</u> cobertura</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro.</p> <p>Sin límite de consultas cada año.</p>
<p>Servicios dentales preventivos</p>	<p>Se limita a 1 radiografía(s) cada año.</p>	<p>Se limita a 1 radiografía(s) preventivas .</p> <p>Cada año se cubre una radiografía de mordida. Una radiografía panorámica o una serie completa es un beneficio que se cubre una vez cada tres años. Las radiografías oclusales intraorales son un beneficio que se cubre dos veces al año.</p>
<p>Servicios dentales integrales</p>	<p><u>Sin</u> cobertura para servicios de diagnóstico.</p> <p>Sin límite de servicios de endodoncia cada año.</p> <p><u>Sin</u> cobertura para extracciones.</p>	<p>Sin límite de servicios de diagnóstico cada año.</p> <p>Se limita a 1 servicio(s) de endodoncia Los servicios de endodoncia están cubiertos una vez por diente de por vida.</p> <p>Se limita a 1 extracción(es) Las extracciones simples y quirúrgicas son un beneficio cubierto una vez por diente de por vida. La extracción de un diente impactado es un beneficio cubierto. Los servicios de alveoloplastia están cubiertos una vez por sitio/cuadrante de por vida</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p><u>Sin</u> cobertura para servicios que no son de rutina.</p> <p><u>Sin</u> cobertura para servicios de periodoncia.</p>	<p>Se limita a 1 servicio(s) que no son de rutina El protector oclusal, el análisis y los ajustes están cubiertos una vez cada tres (3) años. Los servicios de teleodontología están cubiertos dos (2) veces por año calendario.</p> <p>Se limita a 1 servicio(s) de periodoncia El raspado y el alisado radicular están cubiertos una vez por cuadrante cada dos (2) años. El mantenimiento periodontal es un beneficio cubierto dos (2) veces al año. La irrigación gingival es un beneficio cubierto una vez por cuadrante cada dos (2) años. Los servicios periodontales cubiertos incluyen gingivectomía una (1) vez por cuadrante cada tres (3) años; cirugía ósea una vez por sitio/cuadrante cada cinco (5) años; desbridamiento completo de la boca una vez cada dos (2) años. Los servicios de injerto periodontal están cubiertos una (1) vez por sitio/cuadrante cada tres (3) años</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Sin límite de servicios cada año.</p> <p>Sin límite de servicios de restauración cada año.</p>	<p>Se limita a 1 servicio(s) Los servicios de prostodoncia incluyen dentaduras postizas completas y parciales una vez por arco cada cinco (5) años. Los ajustes y reparaciones de dentaduras postizas son un beneficio cubierto una vez por arco cada año. Los rebasados de dentaduras postizas son un beneficio cubierto una vez por arco cada dos (2) años.</p> <p>Se limita a 1 servicio(s) de restauración</p> <p>Los empastes están cubiertos; no se duplica la superficie por diente durante dos (2) años. Los servicios de prótesis fija son un beneficio cubierto una vez por diente cada cinco (5) años. Se cubre uno (1) de los siguientes servicios de restauración por diente cada cinco (5) años: reconstrucción de núcleo, retención con pasador, poste y núcleo fabricados indirectamente, y cada poste prefabricado adicional. La corona prefabricada es un servicio cubierto una vez por diente cada año.</p>
Anteojos o lentes de contacto	\$500 de crédito anual para gastar en lentes para anteojos, marcos para anteojos y mejoras.	Los miembros recibirán una tarjeta Flex Card con un máximo anual de \$500 que podrán gastar en lentes para anteojos, marcos para anteojos y mejoras.
Programa de acondicionamiento físico	<u>Sin</u> cobertura	\$0 de copago Los miembros tienen acceso a una suscripción en línea para

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<ul style="list-style-type: none"> • Acondicionamiento físico • Ejercitación de la memoria 		<p>todo el año a clases de acondicionamiento físico y ejercicios.</p> <p>Los miembros también tienen acceso a Brain HQ, una suscripción en línea para todo el año que ofrece ejercicios y juegos para el cerebro y la mente.</p> <p>Los miembros recibirán una tarjeta Flex Card con un crédito mensual combinado de \$200, que se puede utilizar para adquirir una membresía en un gimnasio local, artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC), servicios públicos y artículos de abarrotes.</p>
<p>Tarjeta Flex Card</p>	<p><u>Sin</u> cobertura</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Los miembros recibirán una tarjeta Flex Card con un crédito mensual de \$200 para gastar en acondicionamiento físico, artículos de venta libre (OTC), servicios públicos* y abarrotes*. También hay un máximo anual de \$500 para gastar en anteojos o lentes de contacto. *Ciertos beneficios (abarrotes y servicios públicos) solo están disponibles para los miembros con ciertas afecciones crónicas. Para más información, consulte la fila de beneficios de la Tarjeta para adquirir abarrotes.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Tarjeta para adquirir abarrotes</p>	<p><u>Sin</u> cobertura.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Los miembros reciben \$200 mensuales para gastar en alimentos y abarrotes* en tiendas en línea y minoristas. Los fondos también pueden utilizarse en servicios públicos*.</p> <p>*Estos beneficios están disponibles solo para miembros con ciertas afecciones crónicas. Consulte la siguiente lista de afecciones para saber si cumple con los requisitos: dependencia crónica al alcohol y a otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática terminal, enfermedad renal terminal (end-stage renal disease, ESRD), trastornos de sangre graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones discapacitantes y crónicas de la salud mental, trastornos neurológicos, accidente cerebrovascular, osteoartritis, hipertensión, hiperlipidemia, discapacidad intelectual crónica y desnutrición crónica, incluido el retraso del crecimiento.</p>
<p>Caja de alimentos saludables</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Nuestro plan brinda un beneficio adicional para ciertos miembros. Puede recibir mensualmente una caja de alimentos saludables enviada directamente a su domicilio por Farmbox Rx.</p>	<p><u>Sin</u> cobertura, en 2024 los miembros podrán solicitar productos agrícolas y otros artículos de abarrotes a través de su tarjeta Flex Card descrita anteriormente.</p> <p>Para calificar para este beneficio usted debe tener una o más de las siguientes afecciones crónicas: enfermedad de Alzheimer o demencia relacionada, trastornos cardiovasculares, enfermedades mentales crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, demencia, diabetes, enfermedad renal terminal (end-stage renal disease, ESRD), hipertensión, discapacidad intelectual y afecciones relacionadas, desnutrición, obesidad o accidente cerebrovascular.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p><i>Beneficios complementarios</i></p> <p>Audífonos</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Hasta \$2,500 de crédito por ambos oídos combinados cada año para audífonos.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Hasta \$2,550 de crédito por ambos oídos combinados cada año para audífonos.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original</p>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Medicare de 2023.</p> <p>\$1,600 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$400 de copago cada día por los días 61 al 90; \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida). Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>	<p>Medicare de 2024. Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan.</p> <p>\$1,600 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$400 de copago cada día por los días 61 al 90; \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).</p> <p>Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023.</p> <p>\$1,600 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$400 de copago cada día por los días 61 al 90; \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida). Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2024. Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan.</p> <p>\$1,600 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$400 de copago cada día por los días 61 al 90; \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida). Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - Medicamentos para quimioterapia y radiación</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - Medicamentos de la Parte B</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. El plan ofrece tratamiento escalonado para Parte B a Parte B.</p>	<p>Usted paga 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare. El plan ofrece tratamiento escalonado para Parte B a Parte B.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B - Medicamentos de insulina</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare. Usted paga un máximo de \$35.</p>
<p>Beneficio de artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)</p>	<p>Catálogo de salud El beneficio del Catálogo de salud suministra a los miembros un máximo de \$450 de crédito cada tres meses que pueden gastar en productos de un Catálogo de salud determinado suministrado a los miembros por OTC Health Solutions. Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente periodo</p>	<p>Los miembros recibirán una tarjeta Flex Card, con la cual pueden gastar hasta \$200 cada mes combinados en acondicionamiento físico, artículos de venta libre, servicios públicos* y alimentos/abarrotes*. *Ciertos beneficios (abarrotes y servicios públicos) están disponibles solo para miembros con ciertas enfermedades crónicas. Consulte la fila de Tarjeta para adquirir abarrotes para obtener más información.</p> <p>Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente periodo.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023. \$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. \$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. Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2024. Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. \$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. \$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. Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>
<p>Transporte (de rutina adicional)</p>	<p>\$0 copago Servicios de transporte de rutina de hasta un máximo de 60 viajes cada año. Se considera un viaje el traslado de un tramo en taxi, autobús/metro, camioneta, o transporte médico a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.</p>	<p>\$0 copago Servicios de transporte de rutina de hasta un máximo de 64 viajes cada año. Se considera un viaje el traslado de un tramo en taxi, autobús/metro, camioneta, transporte médico, o servicios de transporte compartido a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.</p>
<p>Servicios de urgencia necesarios</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Hasta un máximo de \$60 por consulta. El coseguro no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 3 días.</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Hasta un máximo de \$55 por consulta. El coseguro no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 3 días.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Monitoreo remoto de pacientes (Remote Patient Monitoring, RPM)	<u>Sin</u> cobertura	Los miembros tendrán acceso a dispositivos de monitoreo remoto de pacientes (Remote Patient Monitoring, RPM), como pulsera para medir la presión arterial, básculas, glucómetros, oxímetro de pulso y termómetros, según convenga. Los servicios incluirán respuesta de alerta y apoyo de enfermeros (as) gestores (as) de casos para facilitar el manejo receptivo de los síntomas.

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”, lo que puede incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o mover medicamentos 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 ha sido 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 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 con 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, puede calificar para una reducción o eliminación de su costo compartido para medicamentos de la Parte D. Alguna parte 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 subsidio 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 2023, 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 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 periodo sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D 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 las vacunas para viajes.</p>	<p>El deducible es de \$505.</p> <p>El monto de su deducible es de \$0 o \$505, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Consulte el inserto separado, el “LIS Rider,” para su monto de deducible).</p>	<p>El deducible es de \$545.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial 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. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Los costos en esta fila son por suministro para un mes (30 días) cuando usted 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 su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar: 25% de coseguro</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar: 25% de coseguro</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura).</p>

Cambios en las Etapas del periodo sin cobertura y de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del periodo sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que tienen altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del periodo sin cobertura ni a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

A partir de 2024, si usted llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de 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 le 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 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse 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) 2024*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (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**, inscríbese 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**, inscríbese 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 **Cómo cambiar 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 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.

Debido a que usted tiene Georgia Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **periodos de inscripción especial**:

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

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 cambiarse 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.

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 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 con Georgia Medicaid, 1-404-657-5468, (TTY) 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Este (ET). 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. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“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. Debido a que usted reúne los requisitos, no tiene un periodo sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre 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, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. 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 están 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 del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días a la semana (excepto Día de Acción de Gracias y Navidad); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto días feriados).

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 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

Visite 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) 2024*

Lea el manual *Medicare & You (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.

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 panggagamot. 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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-855-0668 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý 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 سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-855-855-0668 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 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。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。