



<Nombre del miembro>

<Dirección del miembro>

<Ciudad>, <Estado> <Código postal>

Los **documentos de beneficios de su Plan** que se mencionan abajo se podrán obtener en línea en atriohp.com el 15 de octubre.

- **Evidencia de cobertura** – este folleto da información sobre las normas del Plan y la cobertura de beneficios
- **Directorio de proveedores y de farmacias** – hay también herramientas de búsqueda en línea para ayudarlo a encontrar un proveedor o farmacia en su área
- Lista de medicamentos del **formulario completo** (para miembros con cobertura para medicamentos con receta) – en este folleto se mencionan todos los medicamentos cubiertos disponibles con nuestro plan

Para pedir una copia de cualquiera de los documentos mencionados o para encontrar una reunión de beneficios para miembros en su área, comuníquese con Servicio al cliente llamando al **1-877-672-8620** (TTY 711), todos los días de 8 a. m. a 8 p. m., o visite atriohp.com.

Según 45 CFR 164.520 (c) (1) (ii), ATRIO lo informa de la disponibilidad del Aviso de prácticas de privacidad. El Aviso de prácticas de privacidad se incluyó en su paquete de inscripción de nuevos miembros que recibió cuando se inscribió, y una copia del documento está publicada en nuestro sitio web, atriohp.com/hipaa. Puede pedir una copia de este aviso llamando a Servicio al cliente al **1-877-672-8620** (TTY 711)



2024

Aviso anual de cambios

Oregón

ATRIO Choice Rx PPO
H7006-007

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

ATRIO Choice Rx (PPO) ofrecido por ATRIO Health Plans

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de ATRIO Choice Rx (PPO). El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. ***Vea en la página 4 el Resumen de costos importantes, incluyendo la prima.***

Este folleto lo informa sobre los cambios del plan. Para obtener información sobre los costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de cobertura* que está en nuestro sitio web, atriohp.com. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que se la enviemos por correo.

- **Puede hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluyendo los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que esté tomando actualmente seguirán estando cubiertos.
- Revise si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense 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 buscador de planes de Medicare del sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que está en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2024*.
- Después de identificar su plan preferido, confirme sus costos y la cobertura, en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en ATRIO Choice Rx (PPO).
- Puede cambiar a un **plan diferente** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su cobertura nueva empezará el **1 de enero de 2024**. Esto terminará su inscripción en ATRIO Choice Rx (PPO).
- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Medicare original (con o sin un plan separado de Medicare de medicamentos con receta) en cualquier momento.

Más recursos

- Este documento está disponible gratis en inglés.
- Comuníquese con nuestros Servicios para miembros llamando al número 1-877-672-8620 para obtener más información (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es todos los días de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en braille, letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura de salud elegible (QHC)** y cumple el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de ATRIO Choice Rx (PPO)

- ATRIO Health Plans es una PPO, HMO y HMO D-SNP con contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato.
- Cuando, en este documento, dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa ATRIO Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa ATRIO Choice Rx (PPO).

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	16
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	19
Sección 2.1 – Si quiere permanecer en ATRIO Choice Rx (PPO)	19
Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan	20
SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de plan	21
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare..	21
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	22
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	23
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de ATRIO Choice Rx (PPO)	23
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	23

Resumen de costos importantes para 2024

En la tabla de abajo, se comparan los costos para los años 2023 y 2024 de ATRIO Choice Rx (PPO) 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 mayor que esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Máximo de gastos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	De proveedores dentro de la red: \$4,500 De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$6,500	De proveedores dentro de la red: \$4,500 De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$6,500
Visitas en el consultorio del médico	<p><u>Dentro de la red:</u> Visitas de atención médica básica: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas con un especialista: \$40 de copago por visita</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Visitas de atención médica básica: \$50 de copago por visita</p> <p>Visitas con un especialista: \$65 de copago por visita</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Visitas de atención médica básica: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas con un especialista: \$40 de copago por visita</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Visitas de atención médica básica: \$50 de copago por visita</p> <p>Visitas con un especialista: \$65 de copago por visita</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Estancia en el hospital como paciente hospitalizado</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> \$400 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90</p> <p><u>Fuera de la red:</u> \$500 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> \$425 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90</p> <p><u>Fuera de la red:</u> \$550 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$100 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: \$0 de copago • Medicamentos de nivel 2: \$8 de copago • Medicamentos de nivel 3: \$47 de copago <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 4: \$100 de copago • Medicamentos de nivel 5: 30% del costo total • Medicamentos de nivel 6: \$0 de copago 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: \$0 de copago • Medicamentos de nivel 2: \$8 de copago • Medicamentos de nivel 3: \$47 de copago <p>Usted paga \$35 de copago por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 4: \$100 de copago • Medicamentos de nivel 5: 33% del costo total • Medicamentos de nivel 6: \$0 de copago

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos cubiertos. • Por cada receta, usted paga lo que sea mayor: el 5% del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos). 	<p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga todo el costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).		

- La prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no haber tenido otra cobertura para medicamentos que fuera al menos tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura válida) por 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red	\$4,500	\$4,500
Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) que prestan proveedores dentro de la red cuentan para el máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$4,500 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de proveedores dentro de la red durante el resto del año natural.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Máximo combinado de gastos de bolsillo</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) que prestan proveedores dentro y fuera de la red cuentan para el máximo combinado de gastos de bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos.</p>	<p>\$6,500</p>	<p style="text-align: center;">\$6,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,500 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de proveedores dentro de la red o fuera de la red durante el resto del año natural.</p>

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga “de su bolsillo” por el año. Estos límites se llaman máximos de gastos de bolsillo. Una vez que alcanza esta cantidad, normalmente no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Encontrará los directorios actualizados en nuestro sitio web, atriohp.com. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, que enviaremos en un plazo de tres días laborables.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores 2024 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.***

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2024 para saber qué farmacias están en nuestra red.***

Es importante que sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores a mitad del año lo afecta, comuníquese con Servicios para miembros para que podamos ayudarlo.

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

Vamos a hacer cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos el próximo año. La información de abajo describe esos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Acupuntura	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$20 de copago por cada visita de acupuntura de rutina (hasta 30 visitas de rutina al año).</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$65 de copago por cada visita de acupuntura de rutina (hasta 30 visitas de rutina al año).</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$30 de copago por cada visita de acupuntura de rutina (hasta 30 visitas de rutina al año).</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$65 de copago por cada visita de acupuntura de rutina (hasta 30 visitas de rutina al año).</p>
Terapias alternativas	<p>No se exige autorización previa para el beneficio de terapias alternativas.</p>	<p>Se exige autorización previa para el beneficio de terapias alternativas (naturopatía).</p>
Servicios quiroprácticos	<p>No se exige autorización previa para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p>No se exige autorización previa para los servicios quiroprácticos de rutina.</p>	<p>Se exige autorización previa para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa para los servicios quiroprácticos de rutina.</p>
Servicios dentales	<p>El plan ofrece una asignación anual de \$1,250 para servicios dentales preventivos e integrales de cualquier proveedor mediante una tarjeta Flex.</p> <p>Se exige autorización previa para servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>	<p>Cantidad máxima de cobertura del plan de \$1,750 cada año para servicios dentales preventivos dentro y fuera de la red. Esta cantidad se combina con el beneficio de servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare. Cantidad de cobertura mediante una tarjeta Flex.</p> <p>No se exige autorización previa para servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios dentales (continuación)	Se exige autorización previa para servicios dentales integrales que no sean de rutina y que no estén cubiertos por Medicare.	No se exige autorización previa para servicios dentales integrales que no sean de rutina y que no estén cubiertos por Medicare.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga 20% del costo total del equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.</p> <p>El plan no tiene proveedores/fabricantes preferidos para el DME.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga entre el 10% y el 20% del costo total del equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.</p> <p>10% de costos compartidos cuando usa Lincare, nuestro proveedor preferido, y 20% de costos compartidos por servicios que reciba de otros proveedores dentro de la red.</p>
Atención de emergencia	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$110 de copago por cada visita en la que reciba servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$120 de copago por cada visita en la que reciba servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.</p>
Beneficios de fitness	Cantidad máxima de cobertura del plan de \$250 cada año para el beneficio de fitness.	Cantidad máxima de cobertura del plan de \$480 cada año para el beneficio de fitness. Cantidad de cobertura mediante una tarjeta Flex.
Atención en el hospital como paciente hospitalizado	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga \$400 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga \$425 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Atención en el hospital como paciente hospitalizado (continuación)</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Para estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga \$500 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Para estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga \$550 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90.</p>
<p>Servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Para estancias por salud mental como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga \$370 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Para estancias por salud mental como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga \$500 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Para estancias por salud mental como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga \$425 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Para estancias por salud mental como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga \$550 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga el 20% del costo total de los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total de los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total de los demás medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga entre el 0% y el 20% del costo total de los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare, pero sus costos compartidos están limitados a \$35 al mes.</p> <p>Usted paga entre el 0% y el 20% del costo total de los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga entre el 0% y el 20% del costo total de los demás medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p>	<p>Es posible que se exija la terapia escalonada para un medicamento de la Parte B a otro de la Parte B y de la Parte D a la Parte B.</p> <p>No se exige autorización previa para otros medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>50% de coseguro para todos los medicamentos cubiertos de la Parte B. No hay un límite específicamente para un suministro de insulina cubierta de la Parte B para un mes.</p>	<p>Es posible que se exija la terapia escalonada para medicamentos de la Parte B a la Parte B y Parte D a la Parte B y medicamentos de la Parte D a la Parte D. Para obtener una lista completa de los medicamentos con receta de la Parte B para los que se exige terapia escalonada, visite atriohp.com.</p> <p>Es posible que se exija autorización previa para los demás medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>0-50% de coseguro para todos los medicamentos cubiertos de la Parte B. Límite de \$35 específicamente para un suministro de insulina cubierta de la Parte B para un mes.</p>
<p>Otros beneficios complementarios</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 por su visita de rutina anual una vez cada 12 meses.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 por su visita de rutina anual una vez cada 12 meses.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 por su visita de rutina anual una vez cada 12 meses.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 por su visita de rutina anual una vez cada año natural.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Por pruebas y procedimientos diagnósticos ambulatorios cubiertos por Medicare, usted paga \$20 de copago.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Por pruebas y procedimientos diagnósticos ambulatorios cubiertos por Medicare, usted paga entre \$0 y \$20 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por procedimiento de colonoscopia diagnóstica.</p>
Servicios radiológicos diagnósticos y terapéuticos para pacientes ambulatorios	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Por servicios diagnósticos y terapéuticos cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios, usted paga entre \$60 y \$150 de coseguro.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Por servicios diagnósticos y terapéuticos cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios, usted paga entre \$0 y \$150 de coseguro.</p> <p>Se paga \$0 por todas las mamografías de diagnóstico.</p>
Observación de pacientes ambulatorios en el hospital	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$300 de copago por estancia para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga 50% del costo total de los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>No se exige autorización previa para los servicios de observación para pacientes ambulatorios.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$425 de copago por día por los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$550 de copago por servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa para servicios de observación para pacientes ambulatorios.</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$40 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$20 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (continuación)	Usted paga \$40 de copago por cada visita de fisioterapia o de terapia del habla cubierta por Medicare.	Usted paga \$20 de copago por cada visita de fisioterapia o de terapia del habla cubierta por Medicare.
Cirugía ambulatoria	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital como paciente ambulatorio, usted paga \$300 de copago.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital como paciente ambulatorio, usted paga 50% del costo total.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital como paciente ambulatorio, usted paga \$425 de copago.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital como paciente ambulatorio, usted paga \$550 de copago.</p>
Artículos de venta libre	Cantidad máxima de cobertura del plan de \$50 cada 3 meses por artículos de venta libre.	Cantidad máxima de cobertura del plan de \$75 cada 3 meses por artículos de venta libre. Cantidad de cobertura mediante una tarjeta Flex.
Beneficio de sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>El beneficio de sistema personal de respuesta a emergencias (PERS) <u>no</u> está cubierto.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>El beneficio de sistema personal de respuesta a emergencias (PERS) <u>no</u> está cubierto.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 de copago por el beneficio de sistema personal de respuesta a emergencias (PERS). Debe usar nuestro proveedor preferido para este beneficio.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>El beneficio de sistema personal de respuesta a emergencias (PERS) <u>no</u> está cubierto a menos que se apruebe una autorización previa. Hay un límite mensual de \$18.50.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Otros servicios profesionales de atención médica	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Por cada visita cubierta por Medicare con otros profesionales médicos (como enfermeros de práctica avanzada y asistentes médicos), usted paga \$45 de copago.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Por cada visita cubierta por Medicare con otros profesionales médicos (como enfermeros de práctica avanzada y asistentes médicos), usted paga \$40 de copago.</p>
Servicios de podología	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$45 de copago por cada visita de servicios de podología cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$40 de copago por cada visita de servicios de podología cubierta por Medicare.</p>
Dispositivos de prótesis y suministros relacionados	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga 20% del costo total de los dispositivos de prótesis y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>El plan no tiene proveedores/fabricantes preferidos de dispositivos de prótesis y suministros relacionados.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga entre el 10% y el 20% del costo total de los dispositivos de prótesis y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>10% de costos compartidos cuando usa Lincare, nuestro proveedor preferido, y 20% de costos compartidos por servicios que reciba de otros proveedores dentro de la red.</p>
Servicios de rehabilitación pulmonar	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$20 de copago por cada visita en la que reciba servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$15 de copago por cada visita en la que reciba servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para estancias en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga \$0 de copago por día para los días 1-20; \$150 de copago por día para los días 21-100.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para estancias en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga \$10 de copago por día para los días 1-20; \$150 de copago por día para los días 21-100.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Para estancias en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga \$150 de copago por día para los días 1-100.</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Para estancias en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga \$200 de copago por día para los días 1-100.</p>
Servicios necesarios de urgencia	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$35 de copago por cada visita en la que reciba servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$45 de copago por cada visita en la que reciba servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare.</p>
Servicios de atención de emergencia/de urgencia en todo el mundo	<p>Usted paga \$110 de copago por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Usted paga \$110 de copago por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo.</p> <p>No hay una cantidad máxima de cobertura de beneficios del plan para el beneficio en todo el mundo.</p>	<p>Usted paga \$120 de copago por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Usted paga \$120 de copago por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo.</p> <p>Cantidad máxima de \$250,000 de cobertura de beneficios del plan para el beneficio en todo el mundo.</p>

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”. Recibirá una copia de nuestra “Lista de medicamentos” en formato electrónico.

Hemos hecho cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, modificar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente.

Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos

estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción, o si su medicamento se ha pasado a un nivel de costo compartido diferente.

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” se hacen al principio de cada año. Sin embargo, durante el año podríamos hacer otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar inmediatamente los medicamentos que la FDA no considere seguros o que el fabricante del producto haya retirado del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para ofrecer la versión más actualizada.

Si lo afecta un cambio en la cobertura de medicamentos a principios del año o durante el año, revise el capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para saber sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que lo ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un documento separado, llamado “*Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta*” (también conocido como “Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que describe los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió ese documento antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para miembros y pida la “Cláusula adicional de LIS” (LIS Rider).

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La información de abajo muestra los cambios en las primeras dos etapas: la etapa del deducible anual y la etapa de cobertura inicial (la mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas, la etapa de período sin cobertura o la etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	El deducible es \$100.	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde al mismo del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde a usted.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (31 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que tiene costos compartidos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o de los pedidos por correo de medicamentos con receta, vea la sección 5 del capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <p>Nivel 2 – Medicamentos genéricos: Usted paga \$8 de copago por receta.</p> <p>Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 de copago por receta.</p> <p>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos: Usted paga \$100 de copago por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <p>Nivel 2 – Medicamentos genéricos: Usted paga \$8 de copago por receta.</p> <p>Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 de copago por receta. Usted paga \$35 de copago por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos: Usted paga \$100 de copago por receta.</p>

<p>Nivel 5 – Medicamentos especializados:</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por receta.</p>	<p>Nivel 5 – Medicamentos especializados:</p> <p>Usted paga el 33% del costo total por receta.</p>
<p>Nivel 6 – Medicamentos de atención selecta:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por receta.</p>	<p>Nivel 6 – Medicamentos de atención selecta:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por receta.</p>
<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, pasará a la siguiente fase (etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente fase (etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en las etapas de período sin cobertura y de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la etapa de período sin cobertura y la etapa de cobertura catastrófica) son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la etapa de período sin cobertura ni a la etapa de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, si llega a la etapa de cobertura catastrófica, usted no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si quiere permanecer en ATRIO Choice Rx (PPO)

Para continuar en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan ATRIO Choice Rx (PPO).

Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si quiere cambiar de plan para 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan médico de Medicare diferente.
- – O – puede cambiar a Medicare original. Si cambia a Medicare original, tendrá que decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 1.1 para leer sobre una potencial penalización por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2024*, llame a su programa estatal de asistencia con el seguro médico (consulte la sección 4) o llame a Medicare (consulte la sección 6.2).

Le recordamos que ATRIO Health Plans ofrece otros planes médicos de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a cobertura, primas mensuales y costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan médico de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en ATRIO Choice Rx (PPO).
- Para **cambiar a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en ATRIO Choice Rx (PPO).
- Para **cambiar a Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para que se cancele la inscripción. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – O – llamar a **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 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 3 Plazo para cambiar de plan

Si quiere cambiar a un plan diferente o a Medicare original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2024.

¿Hay otras oportunidades en el año para hacer cambios?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos están las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que han dejado o dejarán la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Medicare original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

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

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Oregon, el SHIP se llama SHIBA.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas con Medicare. Los asesores de SHIBA pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede comunicarse con SHIBA llamando al 1-800-722-4134. Puede obtener más información sobre SHIBA visitando su sitio web (shiba.oregon.gov).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Las siguientes son distintas clases de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, los que califican no tendrán el período sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social (Social Security Office) al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, o
 - La Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Oregón tiene un programa llamado Programa de Tarjeta de Descuentos ArrayRx, que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program).
- **Asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo un comprobante de residencia en el estado y de su situación de VIH, de bajos ingresos según lo que defina el estado y de su situación como persona sin seguro/con cobertura de seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta mediante el Programa CAREAssist de la Autoridad Sanitaria de Oregón. Para obtener información de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa CAREAssist de la Autoridad Sanitaria de Oregón al 1-971-673-0144 (TTY 711).

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de ATRIO Choice Rx (PPO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para miembros al 1-877-672-8620. (solo TTY, llame al 711). Recibimos llamadas telefónicas todos los días de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura de 2024* (tiene información de los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* de ATRIO Choice Rx (PPO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, atriohp.com. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que se la enviemos por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, atriohp.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*/"*Lista de medicamentos*").

Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted 2024*

Lea el manual *Medicare y usted 2024*. Este documento se envía por correo a las personas con Medicare, todos los otoños. Tiene un resumen de las protecciones, los derechos y los beneficios relacionados con Medicare y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.