



<Nombre del miembro>

<Dirección del miembro>

<Ciudad,> <Estado> <Código postal>

Puede encontrar **los documentos de beneficios de su plan** que se listan abajo en línea en atriohp.com el 15 de octubre.

- **Evidencia de cobertura** – este folleto da información sobre la cobertura de beneficios y las reglas del plan
- **Directorios de proveedores y farmacias** – también hay herramientas de búsqueda en línea para ayudarle a encontrar un proveedor o una farmacia en su área.
- Lista **completa de medicamentos del formulario** (para miembros con cobertura de medicamentos con receta) – este folleto lista todos los medicamentos cubiertos disponibles con nuestro plan

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

De conformidad con 45 CFR 164.520 (c) (1) (ii), ATRIO le informa de la disponibilidad del Aviso de prácticas de privacidad. El Aviso de prácticas de privacidad se incluyó en su paquete de inscripción de nuevo miembro cuando se inscribió por primera vez y hay una copia del documento publicada en nuestro sitio web atriohp.com/hipaa. Puede solicitar una copia de este aviso llamando a Servicio al cliente al **1-877-672-8620** (TTY 711)

Y0084_MBR_ANOC_INS_2024_C



2024

Aviso anual de cambios

Oregon

ATRIO Prime Rx PPO
H7006-003

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

ATRIO Prime Rx (PPO) ofrecido por ATRIO Health Plans

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente está inscrito como miembro de ATRIO Prime 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 más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura* que está en nuestro sitio web en atriohp.com. Además, puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer los cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican en su caso

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
 - Revise los cambios en costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de 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 está 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: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare que está en el 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 elegir la opción de un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

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

Más recursos

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-877-672-8620 para obtener información adicional. (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 gratis.
- Esta información está disponible en braille, letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura según 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.

Sobre ATRIO Prime 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 este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a ATRIO Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa ATRIO Prime 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 a la prima mensual | 7 |
| Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de 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..... | 8 |
| Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D..... | 14 |
| SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir | 17 |
| Sección 2.1 – Si quiere permanecer en ATRIO Prime Rx (PPO) | 17 |
| Sección 2.2 – Si quiere cambiarse de plan..... | 18 |
| SECCIÓN 3 Plazo para cambiar planes | 18 |
| SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare..... | 19 |
| SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta ... | 19 |
| SECCIÓN 6 ¿Preguntas? | 20 |
| Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de ATRIO Prime Rx (PPO) | 20 |
| Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare | 21 |

Resumen de costos importantes para 2024

La tabla de abajo compara los costos de 2023 y 2024 de ATRIO Prime Rx (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|--|--|
| Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información. | \$99 | \$84 |
| Máximo de gastos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información.) | De proveedores de la red: \$2,500 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$5,000 | De proveedores de la red: \$2,950 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$5,700 |
| Visitas en el consultorio del médico | <u>Dentro de la red:</u> Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$25 de copago por visita <u>Fuera de la red:</u> Visitas de atención primaria: \$30 de copago por visita Visitas a especialistas: \$50 de copago por visita | <u>Dentro de la red:</u> Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$25 de copago por visita <u>Fuera de la red:</u> Visitas de atención primaria: \$30 de copago por visita Visitas a especialistas: \$50 de copago por visita |
| Estancia en el hospital como paciente hospitalizado | <u>Dentro de la red:</u> \$225 de copago por día para los días 1-8; \$0 de copago por día para los días 9-90 <u>Fuera de la red:</u> \$350 de copago por día para los días 1-7; \$0 de copago por día para los días 8-90 | <u>Dentro de la red:</u> \$290 de copago por día para los días 1-8; \$0 de copago por día para los días 9-90 <u>Fuera de la red:</u> \$395 de copago por día para los días 1-7; \$0 de copago por día para los días 8-90 |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p> | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$8 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago • Nivel 4 de medicamentos: \$100 de copago • Nivel 5 de medicamentos: 33% del costo total • Nivel 6 de medicamentos: \$0 de copago | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$8 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago <p>Usted paga \$35 de copago por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 4 de medicamentos: \$100 de copago • Nivel 5 de medicamentos: 33% del costo total • Nivel 6 de medicamentos: \$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 mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.• Por cada receta, usted paga lo que sea mayor: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (esto se llama coseguro), o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$10.35 para todos los demás medicamentos). | <p>Cobertura catastrófica:</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. |

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

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|-----------------|--------------------|
| Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare). | \$99 | \$84 |

- La prima mensual del plan será *más* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) 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 de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” con los costos de medicamentos con receta. Vea en la Sección 5 lo relacionado con la “Ayuda adicional” 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 Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red cuentan para el máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. La prima de plan y los costos de medicamentos con receta no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo. | \$2,500 | \$2,950 Una vez que haya pagado \$2,950 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año calendario. |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|-----------------|---|
| Máximo de gastos de bolsillo combinado: | \$5,000 | \$5,700 |
| Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su máximo de gastos de bolsillo combinado. La prima de su plan y los costos de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos. | | Una vez que haya pagado \$5,700 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario. |

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga de su bolsillo por el año. Estos límites se llaman máximo de gastos de bolsillo. Una vez alcance esa cantidad, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

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

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

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

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores a medio 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

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La información de abajo describe estos cambios.

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|--|--|
| Servicios dentales | <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.</p> <p>Se exige autorización previa para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa para servicios dentales integrales no rutinarios no 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.</p> <p>No se exige autorización previa para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>No se exige autorización previa para servicios dentales integrales no rutinarios no cubiertos por Medicare.</p> |
| Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados | <p><u>En la red</u></p> <p>Usted paga el 20% del costo total por el equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.</p> <p>El plan no tiene proveedores/fabricantes preferidos para DME.</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Usted paga entre el 10% y el 20% del costo total por el equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.</p> <p>10% de costo compartido cuando usa Lincare, nuestro proveedor preferido y 20% de costo compartido para los servicios recibidos 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 por servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.</p> | <p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$125 de copago por cada visita por servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.</p> |
| Beneficios de fitness | <p>Cantidad máxima de cobertura del plan de \$550 cada año para el beneficio de acondicionamiento físico.</p> | <p>Cantidad máxima de cobertura del plan de \$500 cada año para el beneficio de acondicionamiento físico. Cantidad de cobertura mediante la Tarjeta Flex.</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Atención en el hospital para pacientes hospitalizados</p> | <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Para las estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga \$225 de copago por día durante los días 1-8; \$0 de copago por día para los días 9-90</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Para las estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga \$350 de copago por día durante los días 1-7; \$0 de copago por día para los días 8-90</p> | <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Para las estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga \$290 de copago por día durante los días 1-8; \$0 de copago por día para los días 9-90</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Para las estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga \$395 de copago por día durante los días 1-7; \$0 de copago por día para los días 8-90</p> |
| <p>Servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Para las estancias de salud mental para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare, usted paga \$200 de copago por día durante los días 1-8; \$0 de copago por día para los días 9-90.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Para las estancias de salud mental para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare, usted paga \$325 de copago por día durante los días 1-8; \$0 de copago por día para los días 9-90.</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Para las estancias de salud mental para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare, usted paga \$290 de copago por día durante los días 1-8; \$0 de copago por día para los días 9-90.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Para las estancias de salud mental para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare, usted paga \$395 de copago por día durante los días 1-8; \$0 de copago por día para los días 9-90.</p> |
| <p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Usted paga el 20% del costo total de los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Usted paga del 0% al 20% del costo total de los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare, pero su costo compartido está limitado a \$35 por mes.</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|---|
| | <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 por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Se podría exigir terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B a 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 por la Parte B. No hay límite específico para un suministro de un mes de insulina cubierta por la Parte B.</p> | <p>Usted paga del 0% al 20% del costo total por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga del 0% al 20% del costo total por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Se podría exigir terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B a la Parte B y de la Parte D a la Parte B y para los medicamentos de la Parte D a la D. Para obtener una lista completa de los medicamentos con receta de la Parte B que exigen terapia escalonada, visite atriohp.com.</p> <p>Se podría exigir autorización previa para otros 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 por la Parte B. Límite de \$35 específicamente para un suministro de un mes de insulina cubierta por la Parte B.</p> |
| <p>Otros beneficios suplementarios</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Usted paga \$0 por su visita anual de bienestar una vez cada 12 meses.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 por su visita anual de bienestar una vez cada 12 meses.</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Usted paga \$0 por su visita anual de bienestar una vez cada 12 meses.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 por su visita anual de bienestar una vez por año calendario.</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|---|
| <p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Para pruebas y procedimientos de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare, usted paga \$15 de copago.</p> <p>Para los servicios de radiología de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como MRI y CT), usted paga \$100 de copago.</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Para pruebas y procedimientos de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare, usted paga \$0 a \$15 de copago.</p> <p>Para los servicios de radiología de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como MRI y CT), usted paga \$0 a \$100 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por procedimiento de colonoscopia de diagnóstico.</p> |
| <p>Servicios radiológicos diagnósticos y terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Para los servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, usted paga \$60-\$100 de coseguro.</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Para los servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, usted paga \$0-\$100 de coseguro.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por mamografías de diagnóstico.</p> |
| <p>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Usted paga \$275 de copago por estancia por los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Usted paga \$290 de copago por día por los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|---|---|
| Observación de pacientes ambulatorios en el hospital (continuación) | <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$425 de copago por los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> | <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$395 de copago por los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> |
| Cirugía para pacientes ambulatorios | <p><u>En la red</u></p> <p>Para los servicios cubiertos por Medicare en un centro de un hospital para pacientes ambulatorios, usted paga \$275 de copago.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Para los servicios cubiertos por Medicare en un centro de un hospital para pacientes ambulatorios, usted paga \$425 de copago.</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Para los servicios cubiertos por Medicare en un centro de un hospital para pacientes ambulatorios, usted paga \$290 de copago.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Para los servicios cubiertos por Medicare en un centro de un hospital para pacientes ambulatorios, usted paga \$395 de copago.</p> |
| Beneficio del sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) | <p><u>En la red</u></p> <p>El beneficio del sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) <u>no</u> está cubierto.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>El beneficio del sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) <u>no</u> está cubierto.</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Usted paga \$0 de copago por el beneficio del sistema de respuesta de emergencia personal (PERS). Debe usar nuestro proveedor preferido para usar este beneficio.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>El beneficio del sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) <u>no</u> está cubierto a menos que se apruebe una autorización previa. Se aplica un límite mensual de \$18.50.</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|--|--|
| Dispositivos prostáticos y suministros relacionados | <p><u>En la red</u></p> <p>Usted paga el 20% del costo total por los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>El plan no tiene proveedores/fabricantes preferidos para dispositivos protésicos y suministros relacionados.</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Usted paga entre el 10% y el 20% del costo total por los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>10% de costo compartido cuando usa Lincare, nuestro proveedor preferido y 20% de costo compartido para los servicios recibidos de otros proveedores dentro de la red.</p> |
| Servicios necesarios de urgencia | <p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$25 de copago por cada visita por servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare.</p> | <p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$65 de copago por cada visita por servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare.</p> |
| Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo | <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 \$125 de copago por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo.</p> <p>Cantidad máxima de cobertura de beneficios del plan de \$250,000 cada año 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”. Puede obtener electrónicamente una copia de nuestra “Lista de medicamentos”.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura

para ciertos medicamentos o trasladarlos 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 ver si habrá alguna restricción o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos 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 retirar inmediatamente los medicamentos que la FDA no considere seguros o que el fabricante del producto haya retirado del mercado. Actualizamos en línea nuestra “Lista de medicamentos” para darle la lista de medicamentos 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 su *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”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a su caso.** Le enviamos un documento separado, llamado *Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta* (también conocido como Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional de LIS), que le indica sobre sus costos de medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este documento antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para Miembros y pida la Cláusula adicional de LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La información de abajo muestra los cambios para 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: Etapa de período sin cobertura y Etapa de cobertura catastrófica.

Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|---|
| Etapa 1: Etapa del deducible anual | Como el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Como el plan no tiene 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 su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p> <p>Los costos en esta fila son para el suministro de un mes (31 días) cuando surta su receta en una farmacia de la red con costos compartidos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o recetas enviadas por correo, vea el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p> | <p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Genérico preferido de nivel 1: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <p>Genérico de nivel 2: Usted paga \$8 de copago por receta.</p> <p>Marca preferida de nivel 3: Usted paga \$47 de copago por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos del nivel 4: Usted paga \$100 de copago por receta.</p> | <p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Genérico preferido de nivel 1: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <p>Genérico de nivel 2: Usted paga \$8 de copago por receta.</p> <p>Marca preferida de nivel 3: Usted paga \$47 de copago por receta. Usted paga \$35 de copago por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos no preferidos del nivel 4: Usted paga \$100 de copago por receta.</p> |

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-------|--|--|
| | <p>Medicamentos especializados del nivel 5:</p> <p>Paga el 33% del costo total por receta.</p> <p>Medicamentos de atención selecta del nivel 6:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p> | <p>Medicamentos especializados del nivel 5:</p> <p>Paga el 33% del costo total por receta.</p> <p>Medicamentos de atención selecta del nivel 6:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la 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 de medicamentos altos. **La mayoría de los miembros no cubre la Etapa de período sin cobertura ni la Etapa de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura catastrófica, 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*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si quiere permanecer en ATRIO Prime 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, se lo inscribirá automáticamente en nuestro ATRIO Prime Rx (PPO).

Sección 2.2 – Si quiere cambiarse de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan médico de Medicare diferente.
- – O – puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a la posible multa 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 sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Como recordatorio, 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 cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan médico de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en ATRIO Prime Rx (PPO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en ATRIO Prime Rx (PPO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información de 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 planes

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 vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Hay otras oportunidades en el año para hacer cambios?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos. Los ejemplos incluyen personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus

medicamentos, las que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

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

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención de largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse 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 sobre 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 **gratis** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores del 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 cambiar planes. Puede llamar a SHIBA 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

Usted puede calificar 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 cubrir los costos de sus medicamentos con receta. Si es usted elegible, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y 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 al 1-800-772-1213, entre 8 a. m. y 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles 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.** Oregon tiene un programa llamado Programa de tarjeta de descuento ArrayRx que ayuda a las personas a pagar medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos.
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH que pueden salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo una prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, ingresos bajos según lo define el estado y la condición de sin seguro/seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir asistencia de costo compartido de medicamentos con receta mediante el programa CAREAssist de la Autoridad de Salud de Oregon. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al programa CAREAssist de la Autoridad de Salud de Oregon al 1-971-673-0144 (TTY 711).

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

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

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

Lea su *Evidencia de Cobertura para 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 el año 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para ATRIO Prime Rx (PPO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta cubiertos. En nuestro sitio web en atriohp.com hay una copia de la *Evidencia de cobertura*. Además, puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en atriohp.com. Como recordatorio, 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 por estrellas 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*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, 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.