



2027

Aviso anual de cambios

Condado de Klamath, Oregón

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

H3814-007

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) es ofrecido por ATRIO Health Plans

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá inscrito en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o revise la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. En la *Evidencia de Cobertura* encontrará más información sobre costos, beneficios y normas.

Más recursos

- Este material está disponible en forma gratuita en español.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Horario de atención: todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en letra grande.

Acerca de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

- ATRIO Health Plans son planes PPO, PPO C-SNP y HMO D-SNP con contratos con Medicare y Oregon Health Plan, cuya inscripción depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a ATRIO Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).
- **Si no hace nada a más tardar el 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

H3814_007_ANOC_2027_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2027	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	6
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D	10
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	14
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	14
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan	15
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	15
SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta	16
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	17
Cómo recibir ayuda de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)	17
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	18
Cómo recibir ayuda de Medicare	18
Cómo recibir ayuda de Medicaid	19

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que usted pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$9,250 Usted 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 de la Parte B.	\$9,850 Usted 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 de la Parte B.
Consultas de atención primaria en el consultorio	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Consultas en el consultorio de un especialista	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Hospitalización Incluye varios tipos de hospitalizaciones para pacientes internados, como cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización para pacientes internados empieza el día en que lo ingresan formalmente con una orden del médico y termina el día anterior a cuando lo den de alta.	\$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare. \$0 de copago por 60 días adicionales de días de reserva de por vida.	\$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare. \$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles, incluidas la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D \$0 Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Dependiendo de su nivel de “Ayuda adicional”, solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido por sus medicamentos con receta: Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): Nivel 1 de LIS: \$5.10 de copago o Nivel 2 de LIS: \$1.60 de copago o Nivel 3 de LIS: \$0 de copago Para todos los demás medicamentos cubiertos: Nivel 1 de LIS: \$12.65 de copago o Nivel 2 de LIS: \$4.90 de copago o Nivel 3 de LIS: \$0 de copago	Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D \$0 Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Dependiendo de su nivel de “Ayuda adicional”, solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido por sus medicamentos con receta: Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): Nivel 1 de LIS: \$5.80 de copago o Nivel 2 de LIS: \$1.65 de copago o Nivel 3 de LIS: \$0 de copago Para todos los demás medicamentos cubiertos: Nivel 1 de LIS: \$14.40 de copago o Nivel 2 de LIS: \$5.00 de copago o

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Si no recibe “Ayuda adicional”, consulte la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para conocer los montos de costo compartido para los medicamentos con receta. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D.	Nivel 3 de LIS: \$0 de copago Si no recibe “Ayuda adicional”, consulte la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para conocer los montos de costo compartido para los medicamentos con receta. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0

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 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 la Parte B por el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo El costo compartido pagado por el beneficiario, Medicaid y otro seguro secundario contribuyen a este máximo que paga de su bolsillo. Puesto que Medicaid cubre la mayoría de los costos compartidos de nuestros miembros, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo. 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. Los costos por medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$9,250 Usted 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.	\$9,850 Usted 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.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de Proveedores* de 2027 en el sitio web atriohp.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en atriohp.com.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarlo. Podría tener un período de inscripción especial si su proveedor deja la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja de participar en nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3, de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-672-8620) para que podamos ayudarlo.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en los costos y beneficios de Medicare y Medicaid.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios dentales - Monto máximo del plan	\$250 de asignación cada seis meses por todos los demás servicios dentales integrales y de prevención.	\$300 de asignación cada seis meses por todos los demás servicios dentales integrales y de prevención.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Programa de acondicionamiento físico - Monto máximo del plan	\$300 de asignación cada seis meses cargados en su Tarjeta Flex Card, para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico.	\$380 de asignación cada seis meses, disponibles a través de reembolso para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico.
Beneficio de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) - Monto máximo del plan	\$155 de asignación cada tres meses para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC). Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente período.	\$175 de asignación cada tres meses para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC). Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente período.
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Lentes de contacto - Frecuencia	Sin límite de lentes de contacto cada año.	Se limita a 1 caja de lentes de contacto cada dos años.
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Marcos para anteojos - Costo compartido	Usted paga \$0 de copago.	<u>Sin</u> cobertura.
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Marcos para anteojos - Frecuencia	Sin límite de marcos de anteojos cada año.	<u>Sin</u> cobertura.
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Lentes para anteojos - Costo compartido	Usted paga \$0 de copago.	<u>Sin</u> cobertura.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Lentes para anteojos - Frecuencia	Sin límite de lentes para anteojos cada año.	<u>Sin</u> cobertura.
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Anteojos (lentes y marcos) - Frecuencia	Sin límite de anteojos (lentes y marcos) cada año.	Se limita a 1 par de anteojos (lentes y marcos) cada dos años.
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Actualizaciones - Costo compartido	Usted paga \$0 de copago.	<u>Sin</u> cobertura.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

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

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con la persona autorizada a dar recetas

para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

A partir de 2027, podríamos eliminar inmediatamente los medicamentos de marca o los productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos por nuevos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico original del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones o ambas cosas.

Por ejemplo: si usted toma un medicamento de marca o un producto biológico que será sustituido por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio con 30 días de anticipación o antes de que usted reciba su suministro mensual de su medicamento de marca o producto biológico. Usted podría recibir información sobre el cambio específico después de que se haya hecho el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser nuevos para usted. Para obtener definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también brinda información al consumidor sobre los medicamentos. Visite el sitio web de la FDA: [FDA.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients). También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o pedirle más información a su proveedor de atención médica, a la persona autorizada a dar recetas o a su farmacéutico.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

Etapas de pago de los medicamentos

Existen **3 etapas de pago de los medicamentos**: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que sus costos que paga de su bolsillo del año hasta la fecha lleguen a \$2,400.

• ***Etapas 3: Cobertura en situaciones catastróficas***

Esta es la tercera y última etapa de pago del medicamento. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por los medicamentos con receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible anual	\$0 Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	\$0 Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por medicamento con receta para un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos por un suministro a largo plazo por medicamentos con receta para pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,400 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Dependiendo de su nivel de “Ayuda adicional”, solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido por sus medicamentos con receta: Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): Nivel 1 de LIS: \$5.10 de copago o Nivel 2 de LIS: \$1.60 de copago o Nivel 3 de LIS: \$0 de copago Para todos los demás medicamentos cubiertos: Nivel 1 de LIS: \$12.65 de copago o Nivel 2 de LIS: \$4.90 de copago o Nivel 3 de LIS: \$0 de copago Si no recibe “Ayuda adicional”, consulte la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para conocer los montos de costo compartido para los medicamentos con receta.	Dependiendo de su nivel de “Ayuda adicional”, solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido por sus medicamentos con receta: Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): Nivel 1 de LIS: \$5.80 de copago o Nivel 2 de LIS: \$1.65 de copago o Nivel 3 de LIS: \$0 de copago Para todos los demás medicamentos cubiertos: Nivel 1 de LIS: \$14.40 de copago o Nivel 2 de LIS: \$5.00 de copago o Nivel 3 de LIS: \$0 de copago Si no recibe “Ayuda adicional”, consulte la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para conocer los montos de costo compartido para los medicamentos con receta.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Programa de acondicionamiento físico	\$300 de asignación cada seis meses cargados en su Tarjeta Flex Card, para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico.	\$380 de asignación cada seis meses, disponibles a través de reembolso para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) no es necesario que haga nada. A menos que usted se inscriba en tipos diferentes de plan de salud de Medicare o se cambie a Original Medicare a más tardar el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).

Si desea cambiarse de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP). Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos con receta. También tenga en cuenta que para muchos planes no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y al mismo tiempo comprar un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiar a Original Medicare con cobertura separada para medicamentos de Medicare,** usted puede inscribirse en un plan de la Parte D, y se cancelará automáticamente su inscripción en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** usted puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), consulte el manual *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 4), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Le recordamos que ATRIO Health Plans ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de

medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios a su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027, y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, las personas podrían tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan a través de alguna de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática), o bien
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive 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 de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura separada para medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la

oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 **Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta**

Usted podría calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - Al 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 pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **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. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del CAREAssist Program. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al 1-971-673-0144. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **El Plan de pago de recetas de Medicare.** El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos para ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través del año calendario (enero – diciembre). Cualquier persona que cuente con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare que tenga

cobertura para medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si usted está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027, usted no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda del Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Cómo recibir ayuda de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura para 2027***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura para 2027* de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en atriohp.com o llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite atriohp.com**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

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 Oregon, el SHIP se denomina Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA).

Llame a Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguro médico. Puede ayudarlo a comprender sus opciones de los planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) al 1-800-722-4134. Conozca más de Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) visitando <https://shiba.oregon.gov/Pages/index.aspx>.

Cómo recibir ayuda de Medicare

- **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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chat en vivo con [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

El sitio oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)***

El manual *Medicare & You 2027* se envía por correo cada otoño 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. Obtenga una copia en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Cómo recibir ayuda de Medicaid

Llame a Oregon Health Plan (Medicaid) al 1-800-699-9075. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.