



<Nombre del miembro>

<Dirección del miembro>

<Ciudad,> <Estado> <Código postal>

Los documentos de beneficios de su plan que se enumeran a continuación se pueden encontrar en [línea en atriohp.com](http://atriohp.com) el 15 de octubre .

- Evidencia de cobertura : este folleto proporciona detalles sobre la cobertura de beneficios. y reglas del plan
- Directorios de proveedores y farmacias : también hay herramientas de búsqueda en línea para ayudar usted localiza un proveedor y/o una farmacia en su área
- Lista completa de medicamentos del formulario (para miembros con medicamentos recetados) cobertura): este folleto enumera todos los medicamentos cubiertos disponibles con nuestro Plan

Para solicitar una copia de cualquiera de los documentos enumerados, 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 am a 8 pm o visite [atriohp.com](http://atriohp.com) . \_\_\_\_\_

De conformidad con 45 CFR 164.520 (c) (1) (ii), ATRIO le notifica 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](http://atriohp.com/hipaa). Puede solicitar una copia de este aviso llamando a Servicio al Cliente al 1-877-672-8620 (TTY 711) \_\_\_\_\_



2024

Aviso anual de cambios

Nevada

ATRIO Choice Rx PPO de Saint Mary's  
H7006-010

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

## ATRIO Choice Rx (PPO) de Saint Mary's ofrecido por ATRIO Planes de salud

# Aviso Anual de Cambios para 2024

Actualmente está inscrito como miembro de ATRIO Choice Rx (PPO) de Saint Mary's. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. Consulte la página 4 para obtener un resumen de costos importantes, incluida la prima.

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la Evidencia de cobertura, que se encuentra en nuestro sitio web [atriohp.com](http://atriohp.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una Evidencia de Cobertura.

- Tienes desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en tu cobertura de Medicare para el próximo año.

---

Qué hacer ahora

### 1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.

- Revisar los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
- Revisar los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y costos.
- Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos de intercambio.

Verifique los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía estén cubiertos.

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

Piense si está satisfecho con nuestro plan.

### 2. COMPARAR: conozca otras opciones de planes

Consulta coberturas y costos de planes en tu zona. Utilice el plan Medicare

Finder en el [sitio web www.medicare.gov/plan-compare](http://sitio web www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte posterior de su manual Medicare y Usted 2024 .

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

### 3. ELIGE: Decide si quieres cambiar tu plan

- Si no te inscribes en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerás en Saint Mary's ATRIO Choice Rx (PPO).
- Para cambiar a un plan diferente, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2024. Esto finalizará su inscripción en Saint Mary's ATRIO Choice Rx (PPO).
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin una receta de Medicare por separado). plan de medicamentos) en cualquier momento.

### Recursos adicionales

- 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. información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es diario, 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 bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### Acerca de ATRIO Choice Rx (PPO) de Saint Mary's

- ATRIO Health Plans es un PPO, HMO y HMO D-SNP con Medicare y Contratos del Plan de Salud de Oregon. La inscripción en los Planes de Salud ATRIO 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", se refiere a Saint Mary's ATRIO Choice Rx (PPO).

H7006\_010\_ANOC\_2024\_M

CMS aprobado el 24/09/2023

## Aviso Anual de Cambios para 2024 Tabla de contenido

Resumen de costos importantes para 2024 .....	4
SECCIÓN 1          Cambios a los beneficios y costos para el próximo año .....	7
Sección 1.1 – Cambios a la Prima Mensual.....	7
Sección 1.2 – Cambios en sus montos máximos de desembolso directo .....	7
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....	8
Sección 1.4 – Cambios a los beneficios y costos de los servicios médicos .....	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	14
SECCIÓN 2          Decidir qué plan elegir.....	dieciséis
Sección 2.1: Si desea permanecer en Saint Mary's ATRIO Choice Rx (PPO) .....	16
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan .....	17
SECCION 3          Fecha límite para cambiar de planes.....	17
SECCIÓN 4          Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....	18
SECCIÓN 5          Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....	18
SECCIÓN 6          ¿Preguntas?.....	19
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Saint Mary's ATRIO Choice Rx (PPO) .....	19
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare .....	19

## Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 de ATRIO Choice Rx (PPO) de Saint Mary's en varias áreas importantes. Tenga en cuenta que esto es sólo un resumen de los costos.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Montos máximos de bolsillo  Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos.  (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	De proveedores de la red: \$3,400  De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$5,450	De proveedores de la red: \$3,500  De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$5,500
Visitas al consultorio médico	<u>En red:</u>  Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita  Visitas a especialistas: copago de \$20 por visita  <u>Fuera de la red:</u>  Visitas de atención primaria: copago de \$50 por visita  Visitas a especialistas: copago de \$50 por visita	<u>En red:</u>  Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita  Visitas a especialistas: copago de \$25 por visita  <u>Fuera de la red:</u>  Visitas de atención primaria: copago de \$50 por visita  Visitas a especialistas: copago de \$50 por visita

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Estancias hospitalarias	<p><u>En red:</u></p> <p>Copago de \$0 a \$100 por día durante los días 1 a 5; Copago de \$0 por día durante los días 6 a 90 (el copago dependerá del centro hospitalario)</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>50% del coste total por estancia</p>	<p><u>En red:</u></p> <p>Copago de \$0 a \$200 por día durante los días 1 a 5; Copago de \$0 por día para los días 6 a 90 (el copago dependerá del centro hospitalario)</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Copago de \$300 por día durante los días 1 a 5; Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante el Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: copago de \$0</li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: copago de \$12</li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: copago de \$35</li> <li>• Nivel 4 de medicamentos: copago de \$100</li> <li>• Nivel de medicamento 5: 33% del costo total</li> <li>• Nivel 6 de medicamentos: copago de \$0</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante el Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: copago de \$0</li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: copago de \$12</li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: copago de \$47</li> <li>• Nivel 4 de medicamentos: copago de \$100</li> <li>• Nivel de medicamento 5: 33% del costo total</li> <li>• Nivel 6 de medicamentos: copago de \$0</li> </ul> <p>Usted paga un copago de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p data-bbox="662 323 922 352">Cobertura Catastrófica:</p> <ul data-bbox="662 373 1008 953" style="list-style-type: none"><li data-bbox="662 373 1008 512">• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</li><li data-bbox="662 533 1008 953">• 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).</li></ul>	<p data-bbox="1057 323 1317 352">Cobertura Catastrófica:</p> <ul data-bbox="1057 373 1386 554" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1057 373 1386 512">• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No pagas nada.</li></ul>



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

### Sección 1.1 – Cambios a la Prima Mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- La prima mensual de su plan será mayor 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) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

### Sección 1.2: Cambios en sus montos máximos de desembolso directo

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Monto máximo de desembolso dentro de la red	\$3,400	\$3,500
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red cuentan para el monto máximo de desembolso dentro de la red. Los costos de sus medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de desembolso.		Una vez que haya pagado \$3,500 de su 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 (el próximo año)
Monto máximo de desembolso combinado	\$5,450	\$5,500
Sus costos cubiertos Los servicios médicos (como copagos) de proveedores dentro y fuera de la red cuentan para el monto máximo de desembolso combinado. Sus costos de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para el monto máximo de desembolso por servicios médicos.		Una vez que haya pagado \$5,500 de su 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 de salud limiten cuánto paga de su bolsillo durante el año. Estos límites se denominan montos máximos de bolsillo. Una vez que alcance este monto, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

### Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web [atriohp.com](http://atriohp.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o pedirnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo dentro de los tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Por favor revise el 2024 Directorio de proveedores 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. Por favor revise el 2024 Directorio de farmacias para ver qué farmacias están en nuestra red.

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

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

Realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Servicios dentales	<p><u>En red</u></p> <p>El plan proporciona una asignación anual de \$1,250 para servicios dentales preventivos e integrales en cualquier proveedor a través de una Tarjeta Flex.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios dentales integrales no rutinarios no cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>En red</u></p> <p>Monto máximo de cobertura del plan de \$2,500 cada año para servicios dentales preventivos dentro y fuera de la red. Este monto se combina con el beneficio de servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare. Asignación de cobertura a través de Tarjeta Flex.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización previa para servicios dentales integrales no rutinarios no cubiertos por Medicare.</p>
Cuidados de emergencia	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$110 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 un copago de \$135 por cada visita por servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.</p>
Beneficio de acondicionamiento físico	<p>Monto máximo de cobertura del plan de \$250 cada año para el beneficio de acondicionamiento físico.</p>	<p>Monto máximo de cobertura del plan de \$480 cada año para el beneficio de acondicionamiento físico. Monto de cobertura a través de Tarjeta Flex.</p>
Servicios de audición	<p><u>En red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$699 a \$999 por audífonos, de todos los tipos (2 audífonos cada año).</p>	<p><u>En red</u></p> <p>Asignación máxima del plan de \$1,500 cada año (ambos oídos combinados) para audífonos. (audífonos ilimitados).</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Servicios de audición (continuación)</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada examen de audición de rutina (1 examen de audición de rutina cada año).</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de rutina de evaluación o adaptación de audífonos (visitas de evaluación o adaptación ilimitadas para audífonos cada año).</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>El beneficio de exámenes de audición de <u>rutina</u> no está cubierto.</p> <p>El beneficio de evaluación/ adaptación de rutina de audífonos <u>no está cubierto</u>.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p>	<p><u>dentro de la red</u></p> <p>Para las estadías hospitalarias para pacientes internados cubiertas por Medicare, usted paga de \$0 a \$100 por día, del 1 al 5. Copago de \$0 por día para los días 6 a 90 (El copago dependerá del centro hospitalario).</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Para las estadías hospitalarias para pacientes internados cubiertas por Medicare, usted paga el 50 % del costo total por estadía.</p>	<p><u>En red</u></p> <p>Para las estadías hospitalarias cubiertas por Medicare, usted paga un copago de \$0 a \$200 por día durante los días 1 a 5; Copago de \$0 por día para los días 6-90 (el copago dependerá del centro hospitalario).</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Para las estadías hospitalarias cubiertas por Medicare, usted paga un copago de \$300 por día durante los días 1 a 5; Copago de \$0 por día para los días 6 a 90.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Parte B de Medicare	<u>En red</u>	<u>En red</u>
Medicamentos con receta	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.</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>
	<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 del 0% al 20% del costo total por 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>Usted paga del 0% al 20% del costo total por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>
	<p>Es posible que se requiera terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B a la Parte B y de la Parte D a la Parte B.</p>	<p>Es posible que se requiera 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 recetados de la Parte B que requieren terapia escalonada, visite <a href="http://atriohp.com">atriohp.com</a>.</p>
	<p>No se requiere autorización previa para otros medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Es posible que se requiera autorización previa para otros medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p>
	<u>Fuera de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
	<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>Coseguro del 0 al 50 % 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>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Otros suplementarios Beneficios</p>	<p><u>En red</u></p> <p>Paga \$0 por su visita anual de bienestar una vez cada 12 meses.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Paga \$0 por su visita anual de bienestar una vez cada 12 meses.</p>	<p><u>En red</u></p> <p>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>
<p>Diagnóstico ambulatorio Pruebas y terapéuticas Servicios y Suministros</p>	<p><u>En red</u></p> <p>Para los servicios de radiología de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas), usted paga un copago de \$60.</p>	<p><u>En red</u></p> <p>Para los servicios de radiología de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas), usted paga un copago de \$0 a \$60.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por mamografías de diagnóstico.</p>
<p>Rehabilitación ambulatoria Servicios</p>	<p><u>En red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada tratamiento cubierto por Medicare.</p> <p>Visita de terapia ocupacional.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p>	<p><u>En red</u></p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada Cubierto por Medicare</p> <p>Visita de terapia ocupacional.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p>
<p>Artículos de venta libre</p>	<p>Monto máximo de cobertura del plan de \$100 cada 3 meses para artículos de venta libre.</p>	<p>Monto máximo de cobertura del plan de \$150 cada 3 meses para artículos de venta libre.</p> <p>Monto de cobertura a través de Tarjeta Flex.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Emergencia personal Sistema de respuesta Beneficio (PERS)</p>	<p><u>En red</u></p> <p>El beneficio del sistema personal de respuesta a emergencias <u>(PERS)</u> no está cubierto.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>El beneficio del sistema personal de respuesta a emergencias <u>(PERS)</u> no está cubierto.</p>	<p><u>En red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio del sistema personal de respuesta a emergencias (PERS). Debe utilizar nuestro proveedor preferido para utilizar este beneficio.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>El beneficio del sistema personal de respuesta a emergencias <u>(PERS)</u> no está cubierto a menos que se apruebe una autorización previa. Se aplica un límite mensual de \$18.50.</p>
<p>Médico Especialista /Servicios profesionales, Incluyendo el consultorio médico Visitas</p>	<p><u>En red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita a un especialista cubierta por Medicare.</p>	<p><u>En red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita a un especialista cubierta por Medicare.</p>
<p>Urgentemente necesitado Servicios</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$30 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 un copago de \$65 por cada visita por servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare.</p>
<p>Emergencia Mundial / Servicios Urgentes</p>	<p>Usted paga un copago de \$110 por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Usted paga un copago de \$110 por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo.</p> <p>No hay un monto máximo de cobertura de beneficios del plan para el beneficio mundial.</p>	<p>Usted paga un copago de \$135 por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Usted paga un copago de \$135 por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo.</p> <p>Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$250,000 cada año para el beneficio mundial.</p>

---

## Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

---

### Cambios en nuestra "lista de medicamentos"

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de medicamentos". Se proporciona 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 comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos que la FDA considera inseguros o que el fabricante de un producto los ha retirado del mercado.

Actualizamos nuestra "Lista de Medicamentos" en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar para una excepción y/o trabajando para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

### Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted. Le enviamos un folleto por separado, llamado Anexo de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados (también llamado Anexo de subsidio para personas de bajos ingresos o Anexo LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda adicional" y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para Miembros y solicite la cláusula adicional LIS.

Hay cuatro etapas de pago de medicamentos. La siguiente información muestra los cambios en las dos primeras 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 a la Etapa Deducible

Escenario	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Etapa 1: Deducible anual Escenario	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

## Cambios en su costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Escenario	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.	Su costo por un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.	Su costo por un suministro de un mes adquirido 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 alguno para usted.	Genérico preferido de nivel 1: Usted paga \$0 de copago por receta.	Genérico preferido de nivel 1: Usted paga \$0 de copago por receta.
Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (31 días) cuando obtiene su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar.	Genérico de nivel 2: Usted paga un copago de \$12 por receta.	Genérico de nivel 2: Usted paga un copago de \$12 por receta.
Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas enviadas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su Evidencia de cobertura.	Marca preferida de nivel 3: Usted paga un copago de \$35 por receta.	Marca preferida de nivel 3: Usted paga un copago de \$47 por receta. Usted paga un copago de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Escenario	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra "Lista de medicamentos". Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la "Lista de medicamentos".	Medicamentos no preferidos del nivel 4: Usted paga un copago de \$100 por receta.	Medicamentos no preferidos del nivel 4: Usted paga un copago de \$100 por receta.
	Medicamentos especializados del nivel 5: Paga el 33% del costo total por receta.	Medicamentos especializados del nivel 5: Paga el 33% del costo total por receta.
	Medicamentos de atención selecta del nivel 6: Usted paga \$0 de copago por receta.	Medicamentos de atención selecta del nivel 6: Usted paga \$0 de copago por receta.
	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).	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).

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

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura catastrófica) son para personas con costos elevados en medicamentos. La mayoría de los miembros no alcanzan la etapa de interrupción de 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 el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su Evidencia de Cobertura.

## SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

### Sección 2.1: Si desea permanecer en Saint Mary's ATRIO Choice Rx (PPO)

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o no cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente será inscrito en nuestro ATRIO Choice Rx (PPO) de Saint Mary's.

---

## Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

---

Esperamos mantenerte como miembro el próximo año pero si quieres cambiar de planes para 2024 sigue estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- – O – Puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea Medicare y usted. manual de 2024 , llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Como recordatorio, Saint Mary's ATRIO Health Plans ofrece otros planes de salud de Medicare y Planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: cambia tu cobertura

- Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en ATRIO Choice Rx (PPO) de Saint Mary's se cancelará automáticamente.
- Para cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en ATRIO Choice Rx (PPO) de Saint Mary's se cancelará automáticamente.
- Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados, debe cualquiera:
  - o Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si Necesito más información sobre cómo hacerlo.
  - o – O – Comuníquese con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana, y solicitar su baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si deseas cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, podrás hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2024.

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen personas con Medicaid, quienes reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, quienes tienen o dejarán la cobertura del empleador y quienes abandonan el servicio. área.

Si se inscribió 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 de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

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

## SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en todos los estados. En Nevada, el SHIP se llama Nevada Medicare SHIP. Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a personas con Medicare. Los consejeros de Nevada Medicare SHIP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a Nevada Medicare SHIP al 1-800-307-4444. Puede obtener más información sobre Nevada Medicare SHIP visitando su sitio web ([adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP\\_Prog](https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog)).

## SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- "Ayuda adicional" de Medicare. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, llame a:
  - o 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;
  - o La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes para un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
  - o Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).

- Asistencia con costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA. El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia para Medicamentos de Nevada (NMAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos de Nevada al 1-702-486-0768 (TTY 711).

## SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

### Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Saint Mary's ATRIO Choice 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 gratuitas.

Lea su Evidencia de Cobertura 2024 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este Aviso anual de cambios le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más detalles, consulte la Evidencia de cobertura de 2024 para Saint Mary's ATRIO Choice Rx (PPO). La Evidencia de Cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web [atriohp.com](http://atriohp.com). También 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](http://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](http://www.medicare.gov)). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://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 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 una semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.