



PHP (HMO SNP) ofrecido por AIDS Healthcare Foundation

Notificación de Cambios Anuales para 2024

Usted actualmente está inscrito como miembro de PHP (HMO SNP). El año que viene, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Por favor vea la página 4 para un resumen de costos importantes, incluyendo las primas.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para recibir más información sobre los costos, beneficios o reglas, por favor revise la *Evidencia de Cobertura*, la cual se encuentra en www.php-ca.org/for-members/publications. También puede llamar a Servicios para Miembros para que le envíen una Evidencia de Cobertura por correo postal.

- **Usted tiene un plazo del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios a su cobertura de Medicare para el año que viene.**

Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE:** Cuáles cambios aplican a usted

- Mire los cambios de nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención de Medical (doctores, hospitales).
 - Revise los cambios a su cobertura de medicamentos, incluyendo los requisitos de autorización y costos.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Mire los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma estén aún cubiertos.
- Mire si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias, estarán en su red el próximo año.

Piense si está contento con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Aprenda sobre otras opciones de plan

- Averigüe coberturas y costos de planes en su área. Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte de atrás de su *Manual Medicare y Usted 2024*.

Una vez que haya reducido sus opciones a un plan de preferencia, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **SELECCIONE:** Decida si desea o no cambiar su plan

- Si usted no se inscribe en otro plan al 7 de diciembre de 2023, se quedará en PHP.
- Para elegir un **plan diferente**, usted puede cambiar de planes entre el 5 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el 1 de enero de 2024. Esto terminará su inscripción en PHP.
- Si usted recientemente se mudó a, vive actualmente en o salió de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de planes o cambiarse a Medicare Original (tanto con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en inglés en forma gratuita.
- Contacte el número de nuestro Departamento de Servicios para Miembros (800) 263-0067 para obtener información adicional. (Usuarios de TTY llamen al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en otros formatos como letra grande y cintas de audio.
- **Cobertura bajo este Plan califica como un plan de salud autorizado (QHC)** y cumple con la Protección del Paciente y el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web de Servicios de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families para más información.

Acerca de PHP

- PHP es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice "nosotros", "a nosotros" o "nuestro/a/s", significa AIDS Healthcare Foundation. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa PHP.

La discriminación es contraria a la ley

PHP (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina según la raza, color, origen nacional, discapacidad o sexo. PHP no excluye personas ni las trata diferentemente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

PHP:

- Brinda ayuda gratuita y servicios a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra impresa grande, en audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte a Servicios para Miembros.

Si cree que PHP falló en brindar estos servicios o discriminó de alguna otra manera con base en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo con: Member Services, P.O. Box 46160, Los Angeles, CA 90046, (800) 267-0067, TTY 711, Fax (888) 235-8552, email php@positivehealthcare.org. Usted puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda en presentar un reclamo, Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo.

Además, puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-263-0067 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-263-0067 (TTY: 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-263-0067 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-263-0067 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-263-0067 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգախարեք 1-800-263-0067 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-263-0067 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-263-0067 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-263-0067 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-263-0067 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-263-0067 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-263-0067 (TTY: 711)។

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-263-0067 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-263-0067 (TTY: 711) पर कॉल करें।

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-263-0067 (TTY: 711).

Notificación de Cambios Anuales para 2024

Tabla de Contenidos

Resumen de los costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año que viene	7
Sección 1.1 — Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 — Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo.....	7
Sección 1.3 — Cambios en la red de proveedores y de farmacias	8
Sección 1.5 — Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos.....	8
Sección 1.6 — Cambios en la cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D.12	
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir.....	15
Sección 2.1 — Si quiere permanecer en PHP.....	15
Sección 2.2 — Si quiere cambiar de plan	15
SECCIÓN 3 Plazo máximo para cambiar de planes	16
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratis sobre Medicare.....	17
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos bajo receta	17
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	18
Sección 6.1 — Recibir ayuda de PHP	18
Sección 6.2 — Recibir ayuda de Medicare.....	19

Resumen de los costos importantes para 2024

La tabla de abajo compara los costos durante 2023 y los costos para 2024 para PHP en varias áreas importantes. **Por favor note que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (el año que viene)
<p>Prima mensual del plan *</p> <p>* Su prima podría ser más alta que esta cantidad. Vea la Sección 1.1 para más detalles.</p>	\$0	\$0
<p>Cantidad máxima de su bolsillo</p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vea la Sección 1.2 para detalles).</p>	\$5,000	\$5,000
<p>Visitas a consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el año que viene)
<p>Estadías de paciente hospitalizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago por día para días 1 a 6 • \$0 de copago por día para días 7 a 90 • \$0 de copago por día para "días de reserva de por vida" para días 91 a 150 	<ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago por día para días 1 a 6 • \$0 de copago por día para días 7 a 90 • \$0 de copago por día para "días de reserva de por vida" para días 91 a 150
<p>Cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D</p> <p>(Vea la Sección 1.6 para más detalles)</p>	<p>Deducible: \$505, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: 15% Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 2: 15% Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 3: 25% • Nivel 4: 25% • Nivel 5: 0% 	<p>Deducible: \$475, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: 15% Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 2: 15% Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 3: 25% • Nivel 4: 25% • Nivel 5: 0%

Costo	2023 (este año)	2024 (el año que viene)
	<p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos cubiertos. • Por cada receta, usted paga el mayor de uno de estos: un pago igual al 5% del costo del medicamento (esto se llama coseguro), o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como genérico, y \$10.35 por todos los otros 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 costos y beneficios para el año que viene

Sección 1.1 — Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el año que viene)
Prima mensual (Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$0	\$0
No hay cambios para el próximo año de beneficios.		

- Su prima mensual del plan será *más* si debe cumplir con el pago de una penalidad de por vida por inscripción tardía a la Parte D por no tener cobertura de medicamentos que es por lo menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada como "cobertura acreditable") por 63 días o más.
- Si tiene un ingreso económico mayor, podría tener que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare.

Sección 1.2 — Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten la cantidad que usted paga "de su bolsillo" durante el año. Este límite de dinero se llama cantidad máxima de su bolsillo. Cuando usted llega a esta cantidad, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (el año que viene)
<p>Cantidad máxima de su bolsillo</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para determinar la cantidad máxima de su bolsillo. Sus costos de medicamentos bajo receta no cuentan para determinar la cantidad máxima de su bolsillo.</p> <p>No hay cambios para el próximo año de beneficio.</p>	\$5,000	<p>\$5,000</p> <p>Una vez que pagó \$5,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 — Cambios en la red de proveedores y de farmacias

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en www.php-ca.org/php-provider-find. Además, usted puede llamar a Servicios para Miembros para que se le envíe información actualizada de proveedores y/o farmacias o pida que le enviemos un directorio por correo postal, el cual enviaremos dentro de los tres días hábiles.

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

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

Es importante que usted sepa que podríamos hacer cambios de hospitales, doctores y especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio a mitad de año de nuestros proveedores lo afecta, por favor contacte a Servicios para Miembros para que podamos asistirlo.

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

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios el año que viene. La información de abajo describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (el año que viene)
<p>Acupuntura</p>	<p>Usted no paga nada por hasta 2 visitas de acupuntura por mes. Requiere derivación y autorización.</p>	<p>Usted no paga nada por hasta 2 visitas de acupuntura por mes. Requiere derivación.</p>
<p>Servicios de emergencia</p>	<p>Usted paga un copago de \$75 por visita a la sala de emergencias.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia solo está cubierta dentro de Estados Unidos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por visita a la sala de emergencias.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia solo está cubierta dentro de Estados Unidos.</p>
<p>Beneficio de acondicionamiento físico (membresía de gimnasio)</p>	<p>Una membresía de gimnasio es una opción de beneficio del Beneficio de Salud y Bienestar.</p> <p>Usted no paga nada por el Beneficio de Salud y Bienestar. Puede elegir entre una membresía de gimnasio en 24 Hour Fitness, LA Fitness/Esporta Fitness o AHF Fitness Center</p> <p>● hasta \$200 en artículos de farmacia de venta libre (OTC) (medicamentos sin receta).</p>	<p>No paga nada por una membresía de gimnasio en 24 Hour Fitness, LA Fitness/Esporta Fitness o AHF Fitness Center.</p> <p>(Usted no tiene que elegir entre un beneficio de membresía de gimnasio o el beneficio de farmacia OTC, <u>usted recibe ambos beneficios</u>).</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el año que viene)
<p>Beneficio de Salud y Bienestar</p>	<p>Usted no paga nada por el Beneficio de Salud y Bienestar. Puede elegir entre una membresía de gimnasio en 24 Hour Fitness, LA Fitness/Esporta Fitness o AHF Fitness Center ● hasta \$200 en artículos de farmacia de venta libre (OTC) (medicamentos sin receta).</p>	<p>El Beneficio de Salud y Bienestar <u>no está</u> cubierto. La membresía del gimnasio y los beneficios de farmacia de venta libre (OTC) se separan por lo que usted <u>recibe tanto una membresía de gimnasio como los beneficios de farmacia OTC.</u></p> <p>Consulte el Beneficio de acondicionamiento físico (membresía de gimnasio) arriba y los artículos de farmacia de venta libre (OTC) a continuación.</p>
<p>Artículos de farmacia de venta libre (OTC)</p>	<p>Los artículos de farmacia OTC son una opción de beneficio del Beneficio de salud y bienestar.</p> <p>Usted no paga nada por el beneficio de salud y bienestar. Puede elegir una membresía de gimnasio en 24 Hour Fitness, LA Fitness / Esporta Fitness o AHF Fitness Center ● hasta \$200 en artículos de farmacia de venta libre (OTC) (medicamentos sin receta).</p>	<p>Usted no paga nada por hasta \$550 por año en artículos de farmacia OTC (medicamentos sin receta) surtidos por la Farmacia AHF.</p> <p>(No tiene que elegir entre un beneficio de membresía de gimnasio o el beneficio de farmacia OTC, <u>usted recibe ambos beneficios</u>).</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el año que viene)
<p>Centro de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>No paga nada por día durante los días 1 a 20. Usted paga \$100 por día durante los días 21 a 100.</p> <p>El plan cubre 100 días cada período de beneficios. Un "período de beneficios" comienza el día en que ingresa a un hospital o SNF. Termina cuando pasa 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa al hospital después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios que puede tener.</p> <p>No se requiere hospitalización previa. Requiere autorización.</p>	<p>No paga nada por día durante los días 1 a 100.</p> <p>El plan cubre 100 días cada período de beneficios. Un "período de beneficios" comienza el día en que ingresa a un hospital o SNF. Termina cuando pasa 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa al hospital después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios que puede tener.</p> <p>No se requiere hospitalización previa. Requiere autorización.</p>

Sección 1.6 — Cambios en la cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se brinda electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, los cuales podrían incluir retirar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel diferente de costo compartido. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año que viene y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento pasó a un nivel diferente de costo compartido.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos en el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que son permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar de inmediato medicamentos que la FDA considere inseguros o retirados del mercado por un fabricante del producto. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proveer la lista de medicamentos más actualizada.

Si está afectado por un cambio en la cobertura de un medicamento al comienzo del año o durante el año, por favor revise el Capítulo 9 de nuestra *Evidencia de Cobertura* y hable con su doctor para averiguar sus opciones, tales como pedir un suministro temporario, presentar una solicitud de excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Además, puede contactar a Servicios para Miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de medicamentos bajo receta

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre costos para sus medicamentos bajo receta de Parte D no aplica en su caso.** Le enviamos un folleto aparte llamado “Anexo de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos bajo receta” (que también se llama Anexo de Subsidio por Bajos Ingresos o Anexo LIS), que le da información sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este anexo al 30 de septiembre de 2023, por favor llame a Servicios para Miembros y pida el “Anexo LIS”.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La información de abajo muestra los cambios para el año próximo en las primeras dos etapas: la Etapa del Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de Brecha de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica).

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (el año que viene)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted pagará el costo total de sus medicamentos genéricos, de marca preferidos, de marca sin preferencia y especializados hasta llegar al deducible anual. El deducible no aplica para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluyendo las vacunas contra herpes zóster, tétanos y para viajar.</p>	<p>El deducible es \$505</p> <p>Durante esta etapa, usted paga ningún costo compartido para medicamentos en el Nivel 5 (ciertos medicamentos de atención médica) y paga el costo total de los medicamentos en Nivel 1 (medicamentos genéricos), Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 3 (medicamentos de marca sin preferencia) y Nivel 4 (medicamentos especializados) hasta llegar a su deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$475</p> <p>Durante esta etapa, usted paga ningún costo compartido para medicamentos en el Nivel 5 (ciertos medicamentos de atención médica) y paga el costo total de los medicamentos en Nivel 1 (medicamentos genéricos), Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 3 (medicamentos de marca sin preferencia) y Nivel 4 (medicamentos especializados) hasta llegar a su deducible anual.</p>

Cambios a su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (el año que viene)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, usted pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. 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 para usted.</p> <p>Los costos es esta hilera son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surte su receta en una farmacia de la red que provee un costo compartido estándar. Para información sobre los costos para un suministro de largo plazo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel para ciertos medicamentos en nuestra "Lista de Medicamentos". Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (Nivel 1): Usted paga el 15% del costo total.</p> <p>Medicamentos de marca comercial preferidos (Nivel 2): Usted paga el 15% del costo total.</p> <p>Medicamentos de marca comercial sin preferencia (Nivel 3): Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Medicamentos especializados (Nivel 4): Paga el 25% del costo total.</p> <p>Ciertos medicamentos de atención médica (Nivel 5): Paga 0% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales llegan a \$4,660, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (Nivel 1): Usted paga el 15% del costo total. Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de marca comercial preferidos (Nivel 2): Usted paga el 15% del costo total. Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de marca comercial sin preferencia (Nivel 3): Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Medicamentos especializados (Nivel 4): Paga el 25% del costo total.</p> <p>Ciertos medicamentos de atención médica (Nivel 5): Paga 0% del costo total.</p> <hr/>

diferente, consulte la "Lista de Medicamentos".

Una vez que sus costos totales de medicamentos llegan a \$5,030, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).

Cambios en las etapas Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa de Brecha de Cobertura y la etapa de Cobertura Catastrófica, son para las personas con costos altos de medicamentos. La mayoría de los miembros no llegan a la etapa de Brecha de Cobertura ni la etapa de Cobertura Catastrófica.

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

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 quiere permanecer en PHP

Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si usted no se inscribe para un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, usted será automáticamente inscrito en PHP.

Sección 2.2 — Si quiere cambiar de plan

Nosotros esperamos conservarlo como miembro el año que viene, pero si quiere cambiar de plan para 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Usted puede unirse a un plan médico diferente de Medicare,
- -- o -- Puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, necesitará decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se

inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, por favor vea la Sección 1.1 sobre la posible penalidad por inscripción tardía en la Parte D.

Para informarse más 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 al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico en su estado (vea la Sección 4) o llame a Medicare (vea la Sección 6.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a un **plan médico diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Usted será dado automáticamente de baja de PHP.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos bajo receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente será dado de baja de PHP.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos bajo receta**, usted debe usar una de estas opciones:
 - Envíenos una solicitud escrita para que le demos de baja. Contacte a Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto.
 - – o – Contacte a **Medicare** en el teléfono 1–800–MEDICARE (1–800–633–4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida que le den de baja. Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo máximo para cambiar de planes

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el año que viene, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor en el 1 de enero de 2024.

¿Hay otros momentos del año para hacer cambios?

En ciertas situaciones, los cambios también se permiten en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, quienes reciben “Ayuda Adicional” para el pago de sus medicamentos, quienes tienen o dejan la cobertura del empleador, y quienes se mudan fuera del área de servicio.

Si usted se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su opción de plan, usted puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare) o cambiarse a Medicare

Original (con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si usted recientemente se mudó a, vive actualmente en o salió de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Usted puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (tanto con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (tanto con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare aparte) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratis sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno independiente con asesores entrenados en cada estado. En California, el programa SHIP se llama Programa de Asesoría y Defensoría de Seguro Médico (HICAP) del Departamento de Personas Mayores de California.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría local **gratuita** acerca de seguros médicos a personas con Medicare. Los asesores del programa HICAP pueden ayudarlo con preguntas o problemas vinculados a Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones con los planes de Medicare y responder preguntas acerca de cambiar de plan. Usted puede llamar al programa HICAP al (800) 434-0222. Usuarios de TTY llamen 711. Puede informarse más sobre el Programa HICAP visitando su sitio web (www.aging.ca.gov/hicap).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos bajo receta

Usted podría calificar para recibir ayuda en el pago de medicamentos bajo receta. A continuación, listamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos bajo receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos bajo receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califican no tendrán una brecha de cobertura ni penalidad por inscripción tardía. Para ver si usted califica, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina de Seguro Social en el teléfono 1-800-772-1213 entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un agente. Hay mensajes automáticos disponibles las 24 horas. Usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778; o
- Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia con el Costo Compartido de Medicamentos para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos de VIH que pueden salvar la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia estatal y condición VIH, bajos ingresos según lo define el estado y nivel de persona sin seguro o poco seguro. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para asistencia de costo compartido de recetas a través del Departamento de Salud Pública de California, Oficina de SIDA. Para más información sobre el criterio de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al centro de llamadas de ADAP al (844) 421-7050, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 — Recibir ayuda de PHP

¿Alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Por favor llame a Servicios para Miembros al teléfono (800) 263-0067 (TTY solamente, llamen al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas desde las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2024* (tiene detalles sobre costos y beneficios del año que viene)

Esta *Notificación de Cambios Anuales* le presenta un resumen de los cambios en sus costos y beneficios para 2024. Para conocer los detalles, busque en la *Evidencia de Cobertura 2024* para PHP. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Este documento explica sus derechos y las reglas que necesita seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos bajo receta. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.php-ca.org/for-

[members/publications](#). Usted 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 www.php-ca.org. 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 — Recibir 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. Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Este sitio tiene información sobre costos, cobertura e índices de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área. Para ver la información sobre planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2024*

Usted puede leer el manual *Medicare y Usted 2024*. Cada otoño, este manual se envía a personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y protecciones, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo 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. Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.