

Aviso anual de cambios 2024



**CHRISTUS HEALTH MEDICARE PLUS (HMO) H1189-004 CUBRE A
LOS MIEMBROS EN LOS SIGUIENTES CONDADOS:**

- Bowie
- Camp
- Cass
- Cherokee
- Franklin
- Gregg
- Harrison
- Henderson
- Hopkins
- Marion
- Morris
- Panola
- Red River
- Rusk
- Smith
- Titus
- Upshur
- Van Zandt
- Wood



MÉTODO	SERVICIOS PARA MIEMBROS – INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAME A	844.282.3026 - Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para Miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarlo los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes. Los mensajes que haya dejado se responderán en el plazo de un día laboral. Los Servicios para Miembros también ofrecen servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Relay Texas Este número requiere equipo telefonico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible para ayudarlo los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	469.282.3013
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Advantage, Attention: Member Services P.O. Box 169001 Irving TX 75016
SITO WEB	CHRISTUShealthplan.org

TEXAS HEALTH AND HUMAN SERVICES

El Texas Health and Human Servicios es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación gratuita sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

MÉTODO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAME A	800.252.9240 - Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere equipo telefonico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) Texas Department of Insurance P.O. Box 149104 Austin TX 787148
SITO WEB	tdi.texas.gov/consumer/hicap/

844.282.3026 | TTY 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local

CHRISTUShealthplan.org

CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) ofrecido por CHRISTUS Health Plan

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan **Consulte la página 5 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios implementados en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

- **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.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- ☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revisar los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- ☐ Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- ☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- ☐ Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

- ☐ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare revise la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2024 (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. ELIJA: decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-844-282-3026 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Esta llamada es gratis.
- Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra grande o audio.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)

- CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) es una HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro”, significa CHRISTUS Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan,” significa CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).

H1189_MC4655_C

CMS Approve Date: 4 de septiembre de 2023

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan	6
SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	6
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	7
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	7
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	12
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	15
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	15
Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)	15
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan	15
SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan	16
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	17
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	17
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?	18
Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de parte de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)...	18
Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	19

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima podrá ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 2.1 para obtener más información	\$20	\$20
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más información).	\$4.400	\$4.400
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$25 por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$25 por consulta
Hospitalizaciones	Días 1 a 5: \$225 por día Días 6 a 90: \$0 por día Días 91 a 100: \$225 por día	Días 1 a 5: \$0 por día Días 6 a 90: \$0 por día Días 91 a 100: \$225 por día
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).	Deducible: \$0 Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: - Medicamentos de Nivel 1: \$4 - Medicamentos de Nivel 2: \$10 de copago	Deducible: \$0 Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: - Medicamentos de Nivel 1: \$4 - Medicamentos de Nivel 2: \$10 de copago

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	• Medicamentos de Nivel 3: \$47 de copago • Medicamentos de Nivel 4: \$100 de copago • Medicamentos de Nivel 5: 33% de coseguro Usted no pagará más de \$35 para un suministro de un mes por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre. Cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos cubiertos. • Por cada receta, usted paga el que sea mayor de los siguientes: un pago equivalente a 5% del costo del medicamento (esto se llama coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como un genérico, y \$10.35 para todos los demás medicamentos).	• Medicamentos de Nivel 3: \$47 de copago. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4: \$100 de copago • Medicamentos de Nivel 5: 33% de coseguro • Medicamentos de Nivel 6: \$0 de copago Cobertura en situaciones catastróficas: • 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 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) a CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).

Los miembros recibirán su nueva tarjeta por correo. Las tarjetas de identificación también estarán disponibles a través del portal para miembros en www.christushealthplan.org.

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$20	\$20

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 acerca de la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 2.2 – 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 el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos), se toman en cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. No hay cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo para el próximo año.	\$4.400	\$4.400 Una vez que haya pagado \$4,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

En nuestro sitio www.christushealthplan.org se encuentran los directorios actualizados. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio.

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

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2024 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Autorización previa y remisiones	Se puede requerir autorización previa y una remisión para determinados servicios médicos.	<u>No</u> se requiere autorización previa y una remisión para ningún servicio médico.
Examen físico anual	El examen físico anual <u>no</u> está cubierto.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.
Servicios dentales:		
Máximo anual	No hay un máximo anual.	Máximo anual combinado preventivo e integral de \$5,500.
Preventivos	Usted paga un copago de \$5 por un examen bucal cada año.	Usted paga un copago de \$0 por un examen bucal cada seis meses.
	Usted paga un copago de \$5 por una limpieza y un tratamiento con flúor cada seis meses.	Usted paga un copago de \$0 por una limpieza y un tratamiento con flúor cada seis meses.
	Usted paga un copago de \$5 por radiografías una vez cada 2 años.	Usted paga un copago de \$0 por radiografías una vez cada año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Equipo médico duradero	Usted paga el 15% del costo total por artículo.	Usted paga hasta el 15% del costo total por artículo. Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) están limitados a los fabricantes preferidos del plan. Se aplicará un costo compartido de 0% a todos los fabricantes preferidos de CGM. Todos los demás artículos de DME tendrían un costo compartido de 15% para el miembro.
Beneficio del acondicionamiento físico	Asignación mensual de \$20 para programas calificados de acondicionamiento físico, reembolsada cada tres meses.	Usted paga un copago de \$0 por el programa de acondicionamiento físico Silver and Fit®.
Audífonos	Usted paga un copago de \$395 o \$695 según el fabricante.	El plan paga hasta \$1,000 de beneficio anual por oído cada dos años a través de Amplifon.
Hospitalizaciones	Usted paga un copago de \$225 por día para los días 1 a 5. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90. Usted paga un copago de \$225 por día para los días 91 a 100.	No hay copago por día durante los días 1 a 90 de un periodo de beneficios para atención para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare. Usted paga un copago de \$225 por día durante los días 91 a 100 de un periodo de beneficios para atención para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga el 20% del costo total para medicamentos de quimioterapia, terapia de radiación y otros medicamentos de la Parte B. La insulina <u>no</u> está cubierta.	Usted paga hasta el 20% del costo total para medicamentos de quimioterapia, terapia de radiación y otros medicamentos de la Parte B. El costo compartido para insulina está sujeto a un límite máximo de coseguro de \$35 para el suministro de insulina para un mes.
Servicios de salud mental ambulatorios	Usted paga un copago de \$30 por consulta para una sesión individual o grupal.	Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia individual y/o grupal cubierta por Medicare (en persona). Usted paga un copago de \$0 por cada consulta de terapia individual y/o grupal cubierta por Medicare (virtual), si la ofrece un proveedor contratado.
Servicios psiquiátricos ambulatorios	Usted paga un copago de \$30 por consulta para una sesión individual o grupal.	Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia individual y/o grupal cubierta por Medicare (en persona). Usted paga un copago de \$0 por cada consulta de terapia individual y/o grupal cubierta por Medicare (virtual), si la ofrece un proveedor contratado.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	Usted paga un copago de \$30 por consulta para una sesión individual o grupal.	Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia individual y/o grupal cubierta por Medicare (en persona).
Servicios de rehabilitación pulmonar	Usted paga un copago de \$20 por servicio cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$30 por servicio por rehabilitación pulmonar adicional.	Usted paga un copago de \$15 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$20 por servicio por cada rehabilitación pulmonar adicional.
Servicios de transporte	Usted paga un copago de \$0 para 12 viajes en una sola dirección a ubicaciones aprobadas por el plan.	Su plan cubre el costo de 24 viajes de ida y vuelta para viajes aprobados por el plan hacia una ubicación relacionada con la salud. Hasta 100 millas por viaje en una sola dirección.
Atención de la vista ○ Atención para vista cubierta por Medicare ○ Atención para la vista de rutina	Usted paga un copago de \$25 por examen ocular cubierto por Medicare. Asignación de \$100 por año para 1 par de anteojos (montura/lentes) o lentes de contacto.	Usted paga un copago de \$0 por cada examen ocular cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo. Hay un límite de beneficio de \$300 para anteojos de rutina (montura/lentes), lentes de anteojos, monturas de anteojos o lentes de contacto por año calendario.

Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestro listado de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Listado de Medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos ha sido enviada en formato electrónico. **Puede obtener la Lista de medicamentos completa** si llama a Servicios para los miembros (consulte la contratapa) o visita nuestro sitio web (www.christushealthplan.org).

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos eliminar o agregar medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o cambiarlos 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 ha sido cambiado 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, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente medicamentos considerados inseguros por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

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 su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominado como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este inserto con este paquete, llame a Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro “**etapas de pago de los medicamentos**”. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	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 sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2024 en relación con 2023.

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo. La mayoría de vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para	Sus costos por un suministro para un mes de (31 días) obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: Nivel 1 (Genérico preferido): Usted paga \$4 por receta. Nivel 2 de (Genérico): Usted paga \$10 por receta. Nivel 3 (Marca preferida): Usted paga \$47 por receta. Nivel 4 (Marca no preferida): Usted paga \$100 por receta. Nivel 5 (Especialidad): Usted paga el 33% de los costos totales.	Sus costos por un suministro para un mes de (30 días) obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: Nivel 1 (Genérico preferido): Usted paga \$4 por receta. Nivel 2 de (Genérico): Usted paga \$10 por receta. Nivel 3 (Marca preferida): Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 (Marca no preferida): Usted paga \$100 por receta.
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación) obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i> . Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de		

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Usted no pagará más de \$35 para un suministro de un mes por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre. Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	Nivel 5 (Especialidad): Usted paga el 33% de los costos totales. Nivel 6 (Atención selecta): Usted paga \$0 por receta. Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

Cambios a la Etapa del período sin cobertura y a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Hay otras dos etapas de cobertura, la Etapa del período sin cobertura y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, que son para las personas con elevados costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa del período sin cobertura ni la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

A partir del 2024, si usted alcanza la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

El nombre comercial de nuestra organización cambiará en el 2024.

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Nombre comercial de la organización	CHRISTUS Health Plan Generations	CHRISTUS Health Advantage

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O bien* -- puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un

plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (vea la Sección 6) o llame a Medicare (vea la Sección 8.2). Como recordatorio, CHRISTUS Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare Y/O planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
 - O puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan

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

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

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

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de 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 con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen 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 Texas, el SHIP se denomina Servicios Humanos y de Salud de Texas (Texas Health and Human Services).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de **forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores de los Servicios Humanos y de Salud de Texas pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Servicios Humanos y de Salud de Texas al 1-800-252-9240. Puede conocer más acerca de los Servicios Humanos y de Salud de Texas visitando el sitio web (hhs.texas.gov).

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“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 de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa denominado Programa de atención médica renal (Kidney Health Care Program,

KHC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.

- **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. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta del Programa de servicios para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local o vaya al sitio web (<https://q1medicare.com/PartD-SPAPTexasKidneyHealthCareProgKHC.php>).

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de parte de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-282-3026. (Solo los servicios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Las llamadas a este número son gratis.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En nuestro sitio web www.christushealthplan.org encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de

proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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 deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). 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. Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*

Lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*. Cada otoño, este folleto se envía por correo 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. Si usted 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



844.282.3026 | TTY 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., hora local

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

CHRISTUShealthplan.org