

Aviso anual de cambios 2024



**CHRISTUS HEALTH MEDICARE GUARDIAN (HMO) H1189-006
CUBRE A LOS MIEMBROS EN LOS SIGUIENTES CONDADOS:**

- Aransas
- Bee
- Jim Wells
- Kleberg
- Nueces
- Refugio
- San Patricio



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

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de CHRISTUS Health Plan Guardian (HMO). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan **Consulte la página 4 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).
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores 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 Guardian (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 Guardian (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 Guardian (HMO)

- CHRISTUS Health Medicare Guardian (HMO) es una HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en CHRISTUS Health Medicare Guardian (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 Guardian (HMO).

H1189_MC4657_C

CMS Approved 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 5

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 5

 Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual 5

 Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 5

 Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores..... 6

 Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos..... 6

SECCIÓN 3 Cambios administrativos 10

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir 10

 Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en CHRISTUS Health Medicare Guardian (HMO) ... 10

 Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan 11

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan 11

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 12

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta..... 12

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas? 14

 Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de parte de CHRISTUS Health Medicare Guardian (HMO)..... 14

 Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 14

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para CHRISTUS Health Medicare Guardian (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 (Consulte la Sección 2.1 para obtener más información).	\$0	\$0
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: \$320 por día Días 6 a 90: \$0 por día Días 91 a 100: \$320 por día	Días 1 a 5: \$0 por día Días 6 a 90: \$0 por día Días 91 a 100: \$320 por día

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

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

Los miembros recibirán su nueva tarjeta por correo. Las tarjetas de identificación también estarán disponibles a través del portal para miembros en <https://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	\$0	\$0
Rebaja de la prima mensual de la Parte B	\$60	\$60
(También debe seguir pagando la prima de la Parte B 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	\$4.400	\$4.400
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos), se toman en cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.		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

En nuestro sitio web www.christushealthplan.org se encuentran los directorios actualizados. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y para solicitarnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos en tres días hábiles.

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

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos, y especialistas (proveedores) que son 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.
Ambulancia (Aérea y terrestre)	Usted paga un copago de \$265 por viaje.	Usted paga un copago de \$250 por trayecto para transporte en ambulancia cubierto por Medicare.
Examen físico anual	El examen físico anual <u>no</u> está cubierto.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga un copago de \$40 por consulta de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$20 por cada consulta de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios dentales: Máximo anual	No hay un máximo anual.	Máximo anual combinado preventivo e integral de \$3,000
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 cada seis meses.
Integrales	Los servicios dentales integrales <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$20 por servicio para servicios que no son de rutina, de diagnóstico, restaurativos, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales/maxilofaciales, y otros servicios.
Equipo médico duradero	Usted paga el 20% del costo total por artículo.	Usted paga del 0% al 20% 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 20% para el miembro.
Servicios de emergencia	Usted paga \$75 de copago por visita.	Usted paga un copago de \$90 por cada consulta en la sala de emergencia cubierta por Medicare.
		Incluye cobertura mundial.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
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.
Paciente hospitalizado Hospital para pacientes ambulatorios	<p>Usted paga un copago de \$320 por día para los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para los días 6 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$320 por día para los días 91 a 100.</p>	<p>No hay copago por día durante los días 1 a 90 de un periodo de beneficios para atención para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$320 por día durante los días 91 a 100 de un periodo de beneficios para atención para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Usted paga el 20% del costo total para medicamentos de quimioterapia y de radiación y otros medicamentos de la Parte B.</p> <p>La insulina <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Usted paga hasta el 20% del costo total para medicamentos de quimioterapia y radiación y otros medicamentos de la Parte B.</p> <p>El costo compartido para insulina está sujeto a un límite máximo de coseguro de \$35 para el suministro de insulina para un mes.</p>
Procedimientos diagnósticos, pruebas y suministros para pacientes ambulatorios	Usted paga \$50 de copago por consulta.	Usted paga un copago de \$40 por exámenes y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare, por visita.
Observación hospitalaria ambulatoria	Usted paga un copago de \$325 por servicios de observación hospitalaria ambulatoria cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$180 por cada servicio de observación hospitalaria ambulatoria cubierto por Medicare.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios ambulatorios en el hospital	Usted paga un copago de \$325 por servicios ambulatorios en el hospital cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$250 por cada servicio ambulatorio en el hospital cubierto por Medicare.
Servicios de salud mental ambulatorios	Usted paga un copago de \$40 por consulta para una sesión individual o grupal.	<p>Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia individual y/o grupal cubierta por Medicare (en persona).</p> <p>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.</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.	Usted paga \$25 de copago por consulta.	Usted paga un copago de \$20 por cada terapia ocupacional cubierta por Medicare.
Servicios ambulatorios para radiografías	Usted paga un copago de \$25 por consulta.	Usted paga un copago de \$10 por día en la misma ubicación para radiografías cubiertas por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar	<p>Usted paga un copago de \$20 por servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por servicio por rehabilitación pulmonar adicional.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por servicio por cada rehabilitación pulmonar adicional.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de transporte	Usted paga un copago de \$0 para 12 viajes en una sola dirección.	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	Usted paga un copago de \$25 por examen ocular cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por cada examen ocular cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Atención para vista cubierta por Medicare 		Hay un límite de beneficio de \$250 para anteojos de rutina (montura/lentes), lentes de anteojos, monturas de anteojos o lentes de contacto por año calendario.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Atención para la vista de rutina 	Asignación de \$100 por año para 1 par de anteojos (montura/lentes) o lentes de contacto.	

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 Guardian (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 CHRISTUS Health Medicare Guardian (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* -- 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, puede haber 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 (SHIP) (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 Guardian (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 Guardian (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 las preguntas o los problemas que tenga respecto de 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.
 - **¿Qué pasa si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?** Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a los individuos elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. 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 a través del Programa de atención médica renal. Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia del estado, y el estatus de VIH, comprobante de bajos ingresos tal como se define el estado y el estatus de falta de seguro/seguro insuficiente.

Si usted está inscrito en un programa ADAP, este puede continuar a proporcionarle asistencia de costo compartido para recetas de la Parte D de Medicare para medicamentos que estén incluidos en el formulario ADAP. Al fin de asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, por favor notifique a su trabajador de matrícula de su ADAP de cualquier cambio en el nombre del plan de la Parte D de Medicare o en el número de póliza. Comuníquese con el Programa de medicamentos para el VIH de Texas al 1-800-255-1090, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090, extensión 3004, 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 Guardian (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 entrega un resumen de los cambios en sus beneficios y costos de 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para CHRISTUS Health Medicare Guardian (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. Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*).

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