**[D-SNP models]**  
**[2024 ANOC model]**

*[Plans may modify the language in the ANOC, as applicable, to address Medicaid benefits and cost sharing for its dual eligible population.]*

*[PPO plans may modify the model as needed to describe the plan’s rules and benefits.]*

*[Plans must revise references to Medicaid to use the state-specific name for the program throughout the ANOC. If the state-specific name does not include the word Medicaid, plans should add (Medicaid) after the name. Plans may use the general Medicaid terminology in instances where it is a multi-state Medicaid plan.]*

*[Where the model uses medical care, medical services, or health care services, plans may revise and/or add to include references to long-term services and supports (LTSS) and/or home and community-based services as applicable.]*

***[Insert 2024 plan name***] ([***insert plan type***]) ***ofrecido por*** ***[insert MAO name***] ***[insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names]***

# Aviso anual de cambios para 2024

*[****Optional:*** *insert member name*]  
*[****Optional:*** *insert member addres*s]

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *[insert 2023 plan name*]. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan.***Consulte la página 5 para ver 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, los beneficios o las normas revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en *[insert URL]*. [*Insert as applicable*: También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta OR anexa OR que se envía por separado para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.]Además, puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura.*

Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE:** qué cambios se aplican a usted

* Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
* Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
* *[Insert if offering Part D*] 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.

1. **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](http://www.medicare.gov/plan-compare) o 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.

1. **ELIJA:** decida si desea cambiar su plan

* Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en *[insert plan name*].
* Si desea **cambiarse 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 *[insert plan name*].
* Consulte la sección *[insert section number*], página *[insert page number*] *[plans may insert additional reference, as applicable*] para obtener más información sobre sus opciones.
* 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

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Este documento está disponible de forma gratuita en *[insert languages that meet the 5% threshold]*.]
* Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al *[insert member services phone number*] . (Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number*]). Los horarios son *[insert days and hours of operation]*. Esta llamada es gratuita.
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio) as applicable*.]
* **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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

Acerca de *[insert 2024 plan name*]

* *[Insert Federal contracting statement*.] [*Insert if applicable:* El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de *[insert state]* para coordinar sus beneficios de Medicaid.]
* Cuando en este *documento* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *[insert MAO name*] *[insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document*]. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *[insert 2024 plan name*].

*[Insert Material ID: (H, R, S, or Y) number\_description of choice (M or C)]*

***Aviso anual de cambios* para 2024**  
**Índice**

*[Update table below after completing edits.]*

[Resumen de costos importantes para 2024 5](#_Toc141112954)

[SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan 10](#_Toc141112955)

[SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *[insert 2024 plan name] en* 2024 10](#_Toc141112956)

[SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 11](#_Toc141112957)

[Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual 11](#_Toc141112958)

[Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 11](#_Toc141112959)

[Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias 13](#_Toc141112960)

[Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 13](#_Toc141112961)

[Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 16](#_Toc141112962)

[SECCIÓN 3 Cambios administrativos 24](#_Toc141112963)

[SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir 25](#_Toc141112964)

[Sección 4.1. –Si desea seguir inscrito en *[insert 2024 plan name*] 25](#_Toc141112965)

[Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan 25](#_Toc141112966)

[SECCIÓN 5 Cómo cambiar de plan 26](#_Toc141112967)

[SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre   
Medicare y Medicaid 27](#_Toc141112968)

[SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 28](#_Toc141112969)

[SECCIÓN 8 Preguntas 29](#_Toc141112970)

[Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de *[insert 2024 plan name*] 29](#_Toc141112971)

[Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 29](#_Toc141112972)

[Sección 8.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid 30](#_Toc141112973)

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para *[insert 2024 plan name]* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** [*Plans may add the following language in this paragraph rather than including it in each applicable row:* Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga $0 por su deducible, las consultas en el consultorio del médico y las hospitalizaciones.]

[*If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2023 Medicare amounts and must insert:* Estos son los montos de costo compartido para 2023   
y pueden cambiar para 2024. *[Insert plan name]* proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan. *Member cost-sharing amounts may not be left blank.*]

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual del plan\*  \* Su prima puede ser mayor [*Plans with $0 premium should not include:* o menor] que este monto. Consulte la Sección *[edit section number as needed*] 2.1 para obtener más información. | *[Insert 2023 premium amount*] | *[Insert 2024 premium amount]* |
| *[Plans with no deductible may delete this row*.]  Deducible | *[Insert 2023 deductible amount*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga $0.] | *[Insert 2024 deductible amount] [If an amount other than $0, add:* salvo por la insulina provista a través de un equipo médico duradero.*]*  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga $0.] |
| Consultas en el consultorio del médico | Consultas de atención primaria: *[insert 2023 cost sharing for PCPs]* por consulta  Consultas a especialistas: *[insert 2023 cost sharing for specialists*] por consulta  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga $0 por consulta.] | Consultas de atención primaria: *[insert 2024 cost sharing for PCPs]* por consulta  Consultas a especialistas:: *[insert 2024 cost sharing for specialists]* por consulta  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga $0 por consulta.] |
| Hospitalizaciones | *[Insert 2023 cost sharing*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga $0.] | *[Insert 2024 cost sharing*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga $0.] |
| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D  (Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.5 para obtener más información). | Deducible: *[Insert 2023 deductible amount] [If an amount other than $0,* add*:* salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D*.]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable*] durante la Etapa de cobertura inicial:   * Medicamentos de Nivel 1: *[Insert 2023 cost sharing]*   *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier*: Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.*]*   * *[Repeat for all drug tiers.*]   Cobertura en situaciones catastróficas:   * Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. * *[When applicable, plans must insert a brief explanation of what the member pays during this stage. For example:* Por cada medicamento con receta, usted paga el que sea más caro: un pago igual al 5% del costo del medicamento (esto se denomina **coseguro**) o un copago ($4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y $10.35 para todos los demás medicamentos).*].* | Deducible: *[Insert 2024 deductible amount]*  *[If an amount other than $0, add:* salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D*.]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable*] durante la Etapa de cobertura inicial:   * Medicamentos de Nivel 1: [*Insert 2024 cost sharing]*   *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.*]*   * *[Repeat for all drug tiers.]*   Cobertura en situaciones catastróficas:   * *[Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that do cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage, insert the* *following*: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.*]* * *[Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following 2 bullets:* * Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. * Es posible que tenga un costo compartido para los medicamentos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.*]* |
| Monto máximo que paga de  su bolsillo  Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos  [*insert if applicable:* servicios de la Parte A y la Parte B].  (Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.2 para obtener más información). | *[Insert 2023 MOOP amount]*  [*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.] | *[Insert 2024 MOOP amount*]  [*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.] |

*[If Section 1 does not apply, plans should omit it and renumber remaining sections as needed*.]

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

[*Plans that are changing the plan name, as approved by CMS, include Section 1, using the section title above and the following text:*

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de *[insert 2023 plan name]* a *[insert 2024 plan name*].

*[Insert language to inform members if they will receive new ID cards and how, as well as if the name change will impact any other member communication*.]]

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *[insert 2024 plan name] en* 2024

[*If the member is being enrolled into another plan due to a consolidation or due to a transition from a D-SNP look-alike plan under 42 CFR 422.514, include Section 1, using the section title above and the text below. It is additionally expected that, as applicable throughout the ANOC, every plan/sponsor that crosswalks a member from a non-renewed plan to a consolidated renewal plan or transitions a member from a D-SNP look-alike plan to a renewal plan meeting the criteria in 42 CFR 422.514(e) will compare benefits and costs, including cost sharing for drug tiers, from that member’s previous plan to the consolidated plan or renewal plan. Every plan/sponsor that transitions a member from a D-SNP look-alike plan to a renewal plan, as indicated above, is encouraged to include language about the transition in a cover letter that accompanies the ANOC.*]

El 1 de enero de 2024, *[insert MAO name] [insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document*] será *[insert as applicable:* y combinará *[insert 2023 plan name*] con uno de nuestros planes, *[insert 2024 plan name*] o lo pasará de *[insert 2023 D-SNP look-alike plan name*] a [*insert 2024 renewal plan name*]. La información incluida en este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en *[insert 2023 plan name*] y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2024 como miembro de *[insert 2024 plan name*].

**Si no ha hecho nada en 2023, lo inscribiremos automáticamente en *[insert 2024 plan name***]. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de *[insert 2024 plan name*]. Si desea cambiarse de plan o a Original Medicare y obtener su cobertura para medicamentos con receta a través de un plan de medicamentos con receta, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

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

### Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

*[Plans offering the following premiums must list separately in the table below: (1) Plan premium; (2) optional supplemental benefit premiums (only plans offering optional supplemental benefits during one or both of the comparison years); and (3) Part B premium reduction (only plans with Part B premium reductions during one or both of the comparison years.]*

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual  *[If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year. However, the premium must also be listed.]*  (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid). | *[Insert 2023 premium amount*] | *[Insert 2024 premium amount*] |

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

*[Plans that include the costs of supplemental benefits (e.g., POS benefits) in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

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 [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] por el resto del año.

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Monto máximo que paga de  su bolsillo  **Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo.** [*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si usted es elegible para recibir la asistencia de Medicaid con los copagos [*insert if plan has a deductible:* y deducibles] de la Parte A y la Parte B, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.]  Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos [*insert if plan has a deductible:* y los deducibles]) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. [*Plans with no premium may modify the following sentence as needed.]* Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.  *[If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year.]* | *[Insert 2023 MOOP amount]* | *[Insert 2024 MOOP amount]*  Una vez que haya pagado *[insert 2024 MOOP amount]* de su bolsillo por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B], no pagará nada por sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] durante el resto del año calendario. |

### Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

[*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro *Directorio de farmacias* o *proveedores* en el sobre con este documento.] Los directorios actualizados [*insert as applicable:* también] se encuentran en nuestro sitio web en *[insert URL*]. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo en un plazo de   
tres días hábiles.

*[Insert applicable section: For a plan that does not have changes in its provider network*]   
No hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año.

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its provider network*] Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores* de 2024 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red**.

*[Insert applicable section: For a plan that does not have changes in its pharmacy network*] No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias* de 2024 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

*[All plans must insert the following*] 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

Tenga en cuenta que en el *Aviso anual de cambios* se informan los cambios en los costos y beneficios de Medicare [as applicable: y Medicaid].

[*Plans may also describe any changes to the member’s Medicaid benefits for the following contract year and refer the member to additional information about those benefits in the Summary of Benefits and/or Evidence of Coverage.*]

[*If there are no changes in benefits or in cost sharing, revise heading to “There are no changes to your benefits or amounts you pay for medical services” and replace the rest of this section with:* Nuestros beneficios y lo que usted pague por estos servicios médicos cubiertos en 2024 serán exactamente los mismos que en 2023].

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

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2023 benefits that will end for 2024, including any new optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium); (2) new/changing limitations or restrictions, including referrals, prior authorizations, and Step Therapy for Part B drugs for CY2024 Part C benefits; and (3) all changes in cost sharing for 2024 for covered medical services, including any changes to service category out-of-pocket maximums and cost sharing for optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium). Note that beginning July 2023, cost-sharing for insulin furnished through an item of DME is subject to a coinsurance cap of $35 for one-month’s supply of insulin.]*

*[If using Medicare FFS amounts (e.g., Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2023 Medicare amounts and must insert: These are 2023 cost-sharing amounts and may change for 2024. [Insert plan name] will provide updated rates as soon as they are released. Member cost-sharing amounts may not be left blank*.]

*[Instructions to plans offering VBID Model benefits: VBID Model participating plans should update this section to reflect coverage for any new VBID Model benefits that will be added for CY 2024 benefits, and/or for previous CY 2023 VBID Model benefits that will end for CY 2024. Specific to the VBID Model benefits, the table must include: (1) all new VBID Model benefits that will be added for 2024, except for the hospice benefit component (which has separate ANOC instructions to VBID participating plans and Part D cost-sharing reduction or elimination which should be listed in Section 2.5), including mandatory supplemental benefits such as the flexibility to Cover New and Existing Technologies or FDA approved Medical Devices or 2023 benefits that will end for 2024; and (2) all changes in cost sharing for all VBID Model benefits for 2024.]*

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name*] | [*For benefits that were not covered in 2023*  *[insert benefit name]* no tiene cobertura.]  [*For benefits with a copayment insert:*  Usted paga un copago de$*[insert 2023 copayment amount*] *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., per office visit].*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.]  [*For benefits with a coinsurance insert:* Usted pagael *[insert 2023 coinsurance percentage]*% del costo total  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., for up to one visit per year].*][*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga el 0% del costo total.] | [*For benefits that are not covered in 2024*  *[insert benefit name]* no tiene cobertura.]  [*For benefits with a copayment insert:*  Usted paga un copago de$*[insert 2024 copayment amount*] *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., per office visit].*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.]  [*For benefits with a coinsurance insert:*  Usted pagael *[insert 2024 coinsurance percentage]*% del costo total  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., for up to one visit per year].*] [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga el 0% del costo total.] |
| *[Insert benefit name]* | *[Insert 2023 cost/coverage, using format described above.]* | *[Insert 2024 cost/coverage, using format described above.]* |

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

#### Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra “Lista de medicamentos” se incluye [*insert:* en este sobre] *OR* [*insert:* se envía en formato electrónico]. [*If including an abridged formulary, add the following language:* La “Lista de medicamentos” contiene muchos, pero no la totalidad, de los medicamentos que cubriremos el año próximo. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que aún se encuentre cubierto. **Puede obtener la “Lista de medicamentos” *completa*** si llama a Servicios para los miembros (consulte la contratapa) o visita nuestro sitio web (*[insert URL*]).]

[*Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with:* No hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos” para el próximo año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. También 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.]

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

La mayoría de los cambios nuevos en la “Lista de medicamentos” se realizan al comienzo de cada año. No obstante, 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.

[*Plan sponsors implementing for the first time in 2024 have the option to immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents**, that otherwise meet the requirements, should insert the following:* A partir de 2024, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por una nueva versión genérica del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un medicamento de marca que será reemplazado o movido a un nivel de costo compartido más alto, ya no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo apliquemos ni recibirá un suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero el aviso le puede llegar después de que apliquemos el cambio.]

#### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

*[Plans that are VBID Model participants and offer $0 cost sharing for all Part D drugs across all phases for all levels of LIS may delete the following paragraph.]* Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare, es posible que reúna los requisitos para obtener una reducción o eliminación del costo compartido de los medicamentos de la Parte D.   
Es posible que parte de la información descrita en esta sección no se aplique a usted. *[Plans that enroll partial dual eligible beneficiaries should delete the following paragraph for QDWI beneficiaries.]* **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 [*insert as applicable:* puede no aplicarse *OR* no se aplica**] **en su caso.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* Hemos [*insert as appropriate:* incluido *OR* enviado] 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 “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” [*if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:* y no recibió este inserto con este paquete,] [*if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:* y no ha recibido este inserto antes del *[insert date*],] 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 del deducible

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 1: Etapa del deducible anual  Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos [*insert as applicable:* de la Parte D *OR* de marca *OR* *[tier name(s)]*] hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes.  *[Plans with no deductible, omit text above*.*]* | El deducible es de $*[insert 2023 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2023 and/or 2024 insert the following]* Durante esta etapa, usted paga *[insert cost-sharing amount that a member would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* el costo compartido por los medicamentos en *[insert name of tier(s) excluded from the deductible]* y el costo total de los medicamentos del *[insert name of tier(s) where copayments apply]* hasta que alcance el deducible anual.  [*Plans enrolling members who are LIS level 4, replace text above with:* El monto de su deducible es $0 o $*[insert 2023 parameter*], según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* (Consulte el inserto aparte, la “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).] | El deducible es de $*[insert 2024 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2023 and/or 2024 insert the following:]* Durante esta etapa, usted paga *[insert cost-sharing amount that a member would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* el costo compartido por los medicamentos del *[insert name of tier(s) excluded from the deductible*] y el costo total de los medicamentos del *[insert name of tier(s) where copayments apply]* hasta que alcance el deducible anual.  [*Plans enrolling members who are LIS level 4, replace text above with:* El monto de su deducible es $0 o $*[insert 2024 parameter]*, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*(Consulte el inserto aparte, la “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).] |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

[*Plans that are changing the cost sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2023 to 2024* *insert:* Para los medicamentos del *[insert name of tier(s)]*,, su costo compartido en la etapa de cobertura inicial cambia de [*insert whichever is appropriate*: copago a coseguro *OR* coseguro a copago]. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2024 en relación con 2023.]

*[Plans must list all drug tiers in the table below and show costs for a one-month supply filled at a network retail pharmacy. Plans that have pharmacies that provide preferred cost sharing must provide information on both standard and preferred cost sharing using the second alternate chart. Plans without drug tiers may revise the table as appropriate.*]

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la 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.** [*Plans that are changing the cost sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2023 to 2024 insert for each applicable tier:* En 2023, usted pagó [*insert as appropriate* a un copago de $[*xx*] *OR* el [*xx*]% de coseguro] por los medicamentos del *[insert tier name]*. En 2024, usted pagará [*insert as appropriate* un copago de $[*xx*] *OR* el [*xx*]% de coseguro] por los medicamentos de este nivel.]  La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. | Sus costos por un suministro para un mes [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert* ([*xx*] días) *en lugar de* un mes] obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:  ***[Insert name of Tier 1***]:  Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.]  *[Repeat for all tiers.]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Sus costos por un suministro para un mes [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert* ([*xx*] días) *en lugar de* un mes] obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.]  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.*]*  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.]  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.*]*  *[Repeat for all tiers.]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)  Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (*[insert number of days in a one-month supply]* días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert:* La cantidad de días de un suministro para un mes ha cambiado para 2024 en relación con 2023 como se detalla en la tabla.] Para obtener información sobre los costos [*insert as applicable*: de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido o de medicamentos con receta para pedido por correo], consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura.*  [*Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.] | Una vez [*insert as applicable*: que los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2023 initial coverage limit],*, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]* de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] | Una vez [*insert as applicable*: que los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2024 initial coverage limit],*, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] |

*[Plans with pharmacies that offer standard and preferred cost sharing may replace the chart above with the one below to provide both cost-sharing rates.]*

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la 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** [*Plans that are changing the cost sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2023 to 2024 insert for each applicable tier:* En 2023, usted pagó [*insert as appropriate:* un copago de $[*xx*] *OR* el [*xx*]% de coseguro] por los medicamentos del *[insert tier name]*.. En 2024, usted pagará [*insert as appropriate:* un copago de $[*xx*] *OR* un coseguro del [*xx*]%] por los medicamentos de este nivel.]  Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (*[insert number of days in a one-month supply]*días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red. [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert:* La cantidad de días de un suministro para un mes ha cambiado para 2024 en relación con 2023 como se detalla en la tabla.] Para obtener información sobre los costos [*insert as applicable:* para un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo], consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura.*  La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.  [*Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.] | Sus costos por un suministro para un mes de [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert* ([*xx*] días) *en lugar de* un mes] en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.]  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.]  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.]  *[Repeat for all tiers.]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez [*insert as applicable*: que los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2023 initial coverage limit],*, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]* de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] | Sus costos por un suministro para un mes de [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert* ([*xx*] días) *en lugar de* un mes] en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.]  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.*]*  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.]  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.*]*  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.]  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.*]*  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*]% del costo total.]  [*Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier*: Usted paga $[xx] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.]  *[Repeat for all tiers.]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez [*insert as applicable*: que los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2024 initial coverage limit],*, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] |

*[Insert section below if offering VBID Model Part D cost-sharing reduction or elimination and there are changes for CY2024.]*

**Cambios en su beneficio de la Parte D de VBID**

*[VBID Model participating plans approved to offer Part D reduced or eliminated cost sharing should update this section to reflect coverage for any new VBID Model Part D cost-sharing reduction or elimination that will be added for CY 2024 benefits, and all Part D changes in cost-sharing reduction or elimination for all VBID Model benefits for 2024.]*

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

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o   
a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

[*Sponsors that are changing the cost sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2023 to 2024 insert the following sentence. If many changes are being made, the language may be repeated as necessary:* Para la Etapa del período sin cobertura para los medicamentos de los Niveles [*xx*] *[insert tiers*], su costo compartido cambia de [*insert whichever is appropriate:* un copago a un coseguro *OR* un coseguro a un copago].]

*[Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that do cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage, insert the following:* **A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D*.]***

*[Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following:* **A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D*.* Es posible que tenga un costo compartido para los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.***]*

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

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

*[Insert this section if applicable: Plans with administrative changes that impact members (e.g., a change in options for paying the monthly premium, change in contract or PBP number, change in appeals and grievance procedures) may insert this section and include an introductory sentence that explains the general nature of the administrative changes. Plans that choose to omit this section should renumber the remaining sections as needed.]*

| Descripción | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2023 administrative description]* | *[Insert 2024 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2023 administrative description]* | *[Insert 2024 administrative description]* |

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 4.1. – Si desea seguir inscrito en *[insert 2024 plan name*]

**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 *[insert 2024 plan name]*.

### Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiarse 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 Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección *[edit section number as needed]* 6), o llame a Medicare (consulte la Sección *[edit section number as needed*] 8.2).

[*Plans may choose to insert if applicable:* Le recordamos que *[insert MAO name] [insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]* ofrece otros [*insert as applicable:* planes de salud de Medicare *AND/OR* 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**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2024 plan name]*.
* Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta,** inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2024 plan name*].
* Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  + Envíenos una solicitud por escritopara cancelar la inscripción a [*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment:* o visite nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea]. 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.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

SECCIÓN 5 Cómo cambiar de plan

Si desea cambiarse 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.

Dado que tiene [Insert name of Medicaid program], puede finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especial**:

* De enero a marzo
* De abril a junio
* De julio a septiembre

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   
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 y Medicaid

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to use the generic name (State Health Insurance Assistance Program) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.]*

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 *[insert state*], el SHIP se denomina *[insert state-specific SHIP name]*.

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 del *[Insert state-specific SHIP name*] 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 a *[insert state-specific SHIP name]* al *[insert SHIP phone number]*. [*Plans may insert the following:* Para obtener más información sobre *[insert state-specific SHIP name]*, visite su sitio web (*[insert SHIP website]*).]

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de *[insert state-specific name for Medicaid*], comuníquese con *[insert state-specific name of Medicaid program, toll-free number, TTY, and days and hours of operation]*. *[Insert any additional state-specific resources for assistance with questions about the member’s* *Medicaid benefits.]* Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan el modo en que obtiene su cobertura de *[insert state-specific name for**Medicaid]*.

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. *[Plans in states without both SPAPs and ADAPs, delete the next sentence.]* A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

* *[Plans with Qualified Working and Disabled Individual (QDWI) members should modify this section as needed.]***“Ayuda adicional” de Medicare.** Como usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también denominada Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga parte de las primas de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Ya que usted reúne los requisitos, no tiene un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía.Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:
  + Al 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).
* *[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this bullet.] [Organizations offering plans in multiple states: Revise this bullet to use the generic name (State Pharmaceutical Assistance Program) when necessary, and include a list of names for all SPAPs in your service area.]* **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** *[Insert state name]* tiene un programa denominado *[insert state-specific SPAP name*] 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 su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
* *[Plans with an ADAP in their state(s) that do NOT provide Insurance Assistance should delete this bullet.] [Plans with no Part D drug cost sharing should delete this section.]***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 *[insert State-specific ADAP name and information].* Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al *[insert State-specific ADAP contact information].*

SECCIÓN 8 Preguntas

### Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de *[insert 2024 plan name*]

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al *[insert member services phone number]*. (Solo los servicios de TTY deben llamar al *[insert TTY number*]). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de *[insert days and hours of operation]*. [*Insert if applicable:* Las llamadas a estos números son gratuitas.]

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 *[insert 2024 plan name].* 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 en *[insert URL]*. [*Insert as applicable*: encontrará una copia de la *Evidencia de* *cobertura*. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta OR anexa OR que se envía por separado para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.] Además, 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 *[insert URL*]. 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](http://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](http://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 documento 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.

### Sección 8.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

*[Plans may edit this section to use the state-specific name for the Medicaid program or the Medicaid managed care plan.]*

Para obtener información de [*insert:* Medicaid *OR* your Medicaid managed care plan] puede llamar *[insert state-specific Medicaid agency OR Medicaid managed care plan name*] al *[insert Medicaid OR Medicaid managed care plan contact information*]. Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert Medicaid OR Medicaid managed care TTY number]*.