

2024



Aviso Anual de Cambios

American Health Advantage of Texas (HMO I-SNP)

January 1, 2024 – December 31, 2024

Número gratuito: 1-855-521-0628 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-833-312-0046)
Horas: De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre
TX.AmHealthPlans.com

Medicare^{Rx}
Prescription Drug Coverage ^{Rx}

AMERICAN HEALTH
ADVANTAGE
OF TEXAS

American Health Advantage of Texas (HMO I-SNP) ofrecido por American Health Plan of Texas, Inc.

Aviso Anual de Cambios para 2024

Actualmente, está inscrito como miembro de American Health Advantage of Texas. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para ver un Resumen de costos importantes, incluidos los costos de las primas.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en TX.AmHealthPlans.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre podrá hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
- Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
- Revise los cambios en nuestra cobertura de farmacia, incluidos los requisitos de autorización y costos.
- Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique 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, estarán en nuestra red el próximo año.
- Considere si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que se encuentra en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- Una vez que escoja el plan de su preferencia, confirme sus costos y la 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 en American Health Advantage of Texas.
- Para inscribirse en un **plan diferente**, puede cambiar de planes o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados por separado de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español de forma gratuita.
- Llame a Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-521-0628 para obtener más información. (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046.) El horario de atención es De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- **La cobertura en virtud de este plan califica como cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de los individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio de Internet del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de American Health Advantage of Texas

- American Health Advantage of Texas, ofrecido por American Health Plan of Texas, Inc., es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) con un contrato con Medicare. La inscripción en American Health Advantage of Texas depende de la renovación del contrato.
- Los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro” en este documento hacen referencia a American Health Plan of Texas, Inc.. Los términos “el plan” o “nuestro plan” hacen referencia a American Health Advantage of Texas.

Y0144_ANOCTXP00124_M

Aviso anual de cambios para 2024**Índice**

Resumen de costos importantes para 2024.....	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y los beneficios para el próximo año.....	8
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual.....	8
Sección 1.2 – Cambios en los gastos máximos de bolsillo.....	8
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....	8
Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos.....	9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	13
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir.....	14
Sección 3.1 – Si desea permanecer en American Health Advantage of Texas.....	14
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan.....	14
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan.....	15
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	16
SECCIÓN 6 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos recetados.....	16
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?.....	17
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de American Health Advantage of Texas.....	17
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare.....	17

Resumen de costos importantes para 2024

El siguiente cuadro compara los costos de 2023 y los costos de 2024 para American Health Advantage of Texas en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del seguro médico*	\$25.00	\$28.40
* Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. Consulte Subsection with period para obtener más detalles.		
Deducible	\$226	\$240 excepto para la insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero.
Gasto máximo de bolsillo	\$8,300	\$8,850
Esto será lo <u>máximo</u> que pagará de gasto de bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte Subsection with period para obtener más detalles.)		

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Consultas médicas presenciales	<p>Visitas de atención médica básica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga nada. <p>Visitas al especialista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20 % del costo por visitas realizadas en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) o en un centro de atención a largo plazo. • Usted paga el 20 % del costo por las visitas realizadas en cualquier otro entorno. 	<p>Visitas de atención médica básica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga nada. <p>Visitas al especialista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga nada por las visitas realizadas en un centro de enfermería especializada (SNF) o en un centro de atención a largo plazo. • Usted paga el 20 % del costo por las visitas realizadas en cualquier otro entorno.
Atención para pacientes hospitalizados	<p>Por cada estadía cubierta por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible para cada período de beneficios: \$1,600 • Días 1 a 60: \$0 • Días 61 a 90: \$400 por día • Día de reserva 91 en adelante: \$800 por día 	<p>Por cada estadía cubierta por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible para cada período de beneficios: \$1,632 • Días 1 a 60: \$0 • Días 61 a 90: \$408 por día • Día de reserva 91 en adelante: \$816 por día

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p data-bbox="199 226 589 296">Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p data-bbox="199 331 630 407">(Consulte Subsection with period para obtener más detalles.)</p>	<p data-bbox="678 226 1019 415">Deducible: \$505 excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p data-bbox="678 478 948 554">Etapa de cobertura inicial:</p> <ul data-bbox="686 583 1019 659" style="list-style-type: none"> • 25 % del costo total de los medicamentos <p data-bbox="719 688 1019 877">Usted paga \$35 para un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p data-bbox="678 911 980 987">Cobertura para casos catastróficos:</p> <ul data-bbox="686 1016 1036 1654" style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de cobertura, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. • Por cada receta, usted paga lo que sea mayor: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina coseguro), o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico, y \$10.35 por el resto de los medicamentos). 	<p data-bbox="1040 226 1382 415">Deducible: \$545 excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p data-bbox="1040 478 1317 554">Etapa de cobertura inicial:</p> <ul data-bbox="1049 583 1382 659" style="list-style-type: none"> • 25 % del costo total de los medicamentos <p data-bbox="1081 688 1382 877">Usted paga \$35 para un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p data-bbox="1040 911 1343 987">Cobertura para casos catastróficos:</p> <ul data-bbox="1049 1016 1390 1226" style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de cobertura, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. No debe pagar nada.

SECCIÓN 1 : Cambios en los costos y los beneficios para el próximo año

Sección 1.1 – : Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (También tiene que seguir pagando su prima de la póliza de la Parte B de Medicare).	\$25.00	\$28.40

- Su prima mensual del plan será *superior* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos del Programa Medicare (también denominada cobertura válida) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, podría tener que pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual del plan será *menor* si recibe el “Beneficio Adicional” para sus costos de medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 sobre “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – : Cambios en los gastos máximos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad de gastos de bolsillo que debe realizar durante el año. Este límite se denomina gasto máximo de bolsillo. Una vez que llegó a ese monto, por lo general, no debe pagar nada por los servicios cubiertos Parte A y Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Gasto máximo de bolsillo Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) cuentan dentro de su gasto máximo de bolsillo. Su prima del plan de salud y sus costos por los medicamentos con receta no cuentan dentro del gasto máximo de bolsillo.	\$8,300	\$8,850 Una vez que haya pagado \$8,850 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de Parte A y Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de Parte A y Parte B durante el resto del año calendario.

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

Encontrará directorios actualizados en nuestro sitio web en TX.AmHealthPlans.com. También puede llamar a Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada

del proveedor o la farmacia, o para pedirnos que le enviemos un *directorio*, que le enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Se han introducido cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores de 2024 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Se han introducido cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de farmacias de 2024 para saber qué farmacias se encuentran dentro de nuestra red.**

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

Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios del médico/ profesional, incluidas las consultas en el consultorio del médico, especialidad en salud mental y servicios psiquiátricos	<p>Visitas de atención médica básica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga nada. <p>Visitas al especialista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20 % del costo por visitas realizadas en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) o en un centro de atención a largo plazo. • Usted paga el 20 % del costo por las visitas con cobertura de Medicare realizadas en cualquier otro entorno. <p>Servicios de telesalud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20 % del costo por las visitas con cobertura de Medicare. 	<p>Visitas de atención médica básica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga nada. <p>Visitas al especialista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga nada por las visitas con cobertura de Medicare realizadas en un centro de enfermería especializada (SNF) o en un centro de atención a largo plazo. • Usted paga el 20 % del costo por las visitas con cobertura de Medicare realizadas en cualquier otro entorno. <p>Servicios de telesalud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga nada por los servicios con cobertura de Medicare.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cuidado de los pies (Podología)</p> <p><i>Beneficio complementario:</i></p> <p>Cuidado de los pies de rutina (sin cobertura de Medicare)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20 % del costo por las visitas con cobertura de Medicare • Usted no paga nada por un máximo de 6 servicios de cuidado de los pies de rutina (sin cobertura de Medicare) por año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga nada por las visitas con cobertura de Medicare realizadas en un centro de enfermería especializada (SNF) o en un centro de atención a largo plazo. • Usted paga el 20 % del costo por las visitas con cobertura de Medicare realizadas en cualquier otro entorno. • Usted no paga nada por un máximo de 8 servicios de cuidado de los pies de rutina (sin cobertura de Medicare) por año.
<p>Servicios de urgencia</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo por los servicios con cobertura de Medicare (hasta \$60 por consulta).</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo por los servicios con cobertura de Medicare (hasta \$55 por consulta).</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga nada por los medicamentos de la Parte B de Medicare comprados en una farmacia minorista. • Usted paga 20 % del costo de los medicamentos de la Parte B de Medicare comprados en cualquier otro entorno.
<p><i>Beneficio complementario:</i></p> <p>Servicios de transporte (que no sean de emergencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transporte médico o en furgoneta 	<p>Usted no paga nada por un máximo de 24 viajes de ida o vuelta por año a cualquier lugar relacionado con la salud.</p>	<p>Usted no paga nada por un máximo de 36 viajes de ida o vuelta por año a cualquier lugar relacionado con la salud.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><i>Beneficio complementario:</i></p> <p>Servicios para la vista: lentes y accesorios</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes de contacto, anteojos (lentes y marcos); mejoras 	<p>Usted no paga nada por los lentes y accesorios.</p> <p>Máximo permitido de hasta \$235 por año para lentes y accesorios.</p>	<p>Usted no paga nada por los lentes y accesorios.</p> <p>Máximo permitido de hasta \$300 por año para lentes y accesorios.</p>

Sección 1.5 – : Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestro listado de medicamentos con cobertura se denomina “Lista de medicamentos”. Se proporciona electrónicamente una copia de nuestra “Lista de medicamentos”.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, lo que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o trasladarlos a un nivel de gastos compartidos diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si existirán restricciones, o si su medicamento se trasladó a un nivel de gastos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considere inseguros o que un fabricante de productos retire del mercado. 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 farmacia 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 o encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (“Beneficio Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D pueda aplicarse a usted.** Le hemos enviado un anexo por separado, denominado el “Anexo de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben el Beneficio Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también denominado Anexo para subsidio por ingresos bajos o el “Anexo LIS”), que le informa acerca de los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre de 2023, llame a Departamento de Servicios para Miembros y solicite el Anexo LIS.

Existen **cuatro etapas de cobertura para medicamentos**. La siguiente información muestra los cambios con respecto a las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de miembros no llega a las otras dos etapas, la Etapa de brecha en la cobertura o la Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar 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 las vacunas para viajes.</p>	El deducible es de \$505.	El deducible es de \$545.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted pague el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con gasto compartido estándar:</p> <p>Usted paga 25 % del costo total.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con gasto compartido estándar:</p> <p>Usted paga 25 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 para un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Los costos que aparecen en esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos , consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Una vez que haya alcanzado los costos totales de sus medicamentos \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de la cobertura).</p>	<p>Una vez que haya alcanzado los costos totales de sus medicamentos \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de la cobertura).</p>

Cambios en las etapas de interrupción de la cobertura y cobertura para casos catastróficos

Las otras dos etapas de cobertura para los medicamentos, la Etapa de interrupción de la cobertura y la Etapa de cobertura para casos catastróficos, son para aquellas personas que tienen costos altos de medicamentos. **La mayoría de los asegurados no alcanzan la Etapa de interrupción de la cobertura ni la Etapa de cobertura para casos catastróficos.**

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura para casos catastróficos, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Hemos realizado un cambio en nuestros requisitos administrativos.

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Pérdida de elegibilidad	Si usted pierde la elegibilidad para el Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero se espera razonablemente que pueda recuperarla dentro de dos meses, entonces todavía es elegible para ser asegurado de nuestra cobertura a la que se hace referencia en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Cobertura de Evidencia, donde se brinda información sobre la cobertura y los gastos compartidos durante un período que está considerado como elegibilidad continuada.	Si usted pierde la elegibilidad para el Plan de necesidades especiales (SNP), pero se espera razonablemente que pueda recuperarla dentro de un mes, entonces todavía es elegible para ser asegurado de nuestra cobertura a la que se hace referencia en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Cobertura de Evidencia, donde se brinda información sobre la cobertura y los gastos compartidos durante un período que está considerado como elegibilidad continuada.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en American Health Advantage of Texas

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan distinto ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito en nuestro plan American Health Advantage of Texas.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo nuestro miembro durante el próximo año, pero si desea cambiar de plan en el año 2024, debe seguir estos pasos:

Paso 1: Obtenga más detalles y compare sus opciones

- Puede inscribirse en una cobertura médica de Medicare diferente.
- *O* Puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que 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 Subsection with period sobre una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para conocer más sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte Sección 5 –) o llame a Medicare (consulte Subsection with period).

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se dará de baja su inscripción de forma automática de American Health Advantage of Texas.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Se dará de baja su inscripción de forma automática de American Health Advantage of Texas.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin cobertura de medicamentos recetados**, entonces deberá hacer lo siguiente:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comunicarse con Departamento de Servicios para Miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto.
 - *O bien*, comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2024.

¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben la “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejan la cobertura de su empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1.º de enero de 2024 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2024.

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

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que tiene asesores capacitados en cada estado. En Texas, el SHIP se llama Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP).

Se trata de un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer orientación **gratuita** sobre seguros médicos a las personas de la comunidad que tienen Medicare. Los asesores de Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar para Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-252-9240. Puede obtener más información sobre Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) visitando su sitio web (www.hhs.texas.gov/services/health/medicare).

SECCIÓN 6 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos recetados

Usted puede ser elegible para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas que poseen ingresos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califican no tendrán que pagar una multa por brecha de la cobertura ni por inscripción tardía. Para ver si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 8 a. m. y las 7 p. m. para hablar con un representante. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que los individuos que viven con VIH/sida elegibles para ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales contra el VIH/sida. Las personas tienen que cumplir con determinados criterios, incluidos prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de ingresos bajos según la definición del Estado y prueba de estar sin cobertura de seguro o tener cobertura insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia de costo compartido de los medicamentos recetados mediante el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos con cobertura o cómo inscribirse

en el programa, llame al Llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas al 1-800-255-1090

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de American Health Advantage of Texas

¿Preguntas? Estamos a sus órdenes. Llame a Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-521-0628. (Solo para TTY, llame al 1-833-312-0046). Estamos disponibles para llamadas telefónicas De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su 2024 Evidencia de Cobertura (contiene información sobre los costos y los beneficios para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más información, consulte la *2024 Evidencia de Cobertura* para American Health Advantage of Texas. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Le explica sus derechos y las normas que tiene que seguir para obtener los medicamentos recetados y los servicios incluidos. Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en TX.AmHealthPlans.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio de Internet

También puede visitar nuestro sitio web en TX.AmHealthPlans.com. Le recordamos que nuestro sitio web posee la información más actualizada sobre nuestra red de prestadores de servicios médicos (*Directorio de prestadores de servicios médicos*) y nuestro *listado de medicamentos cubiertos* (“*Lista de medicamentos*”).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener más información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Posee información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2024*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2024*. Durante el otoño, se envía por correo este documento a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y

las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La página se ha dejado en blanco intencionadamente



**Número gratuito: 1-855-521-0628 (los usuarios de TTY/TDD
deben llamar al 1-833-312-0046)**

**Horas: De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana,
del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,
de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre**

TX.AmHealthPlans.com

