

2023



Aviso Anual de Cambios

American Health Advantage of Texas (HMO I-SNP)

January 1, 2023 – December 31, 2023

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 2023

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 Servicios a los 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 2023 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 2023*.
- 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 2022, 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 con receta por separado de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en Español.
- Llame a Servicios a los 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.
- **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 solicitud de cobertura en American Health Advantage of Texas depende de la renovación del contrato.
- Los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro” en este folleto 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_ANOCTXP00123_M

Aviso anual de cambios para 2023

Índice

Resumen de costos importantes para 2023.....	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y los beneficios para el próximo año.....	5
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual.....	5
Sección 1.2 – Cambios en los gastos máximos de bolsillo.....	5
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....	6
Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicosNo hay cambios en sus beneficios ni en los montos que paga por los servicios médicos.....	6
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	8
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir.....	10
Sección 2.1 – Si desea permanecer en American Health Advantage of Texas.....	10
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan.....	10
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan.....	11
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	12
SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos con receta.....	12
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?.....	13
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de American Health Advantage of Texas.....	13
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare.....	13

Resumen de costos importantes para 2023

El siguiente cuadro compara los costos de 2022 y los costos de 2023 para American Health Advantage of Texas en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los costos.**

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual	\$25.10	\$25.00
(Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).		

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se requiere que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida si no posee otra cobertura de medicamentos de la misma calidad que la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) 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 será *menor* si está recibiendo “Ayuda Adicional” con sus costos de medicamentos recetados. Consulte la Sección 5 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 “gastos máximos de bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos Parte A y Parte B durante el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Gastos máximos de bolsillo	\$7,550	\$8,300
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para su máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$8,300 de gastos de bolsillo por servicios de la Parte A y Parte B cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año calendario.
Su prima del plan y sus costos por medicamentos con receta no cuentan para los gastos máximos de bolsillo.		

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Gastos máximos de bolsillo (continuación)		

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

También encontrará directorios actualizados en nuestro sitio web en TX.AmHealthPlans.com. También puede llamar a Servicios a los miembros para obtener información actualizada del proveedor o la farmacia, o para pedirnos que le enviemos un *directorio*.

Se han introducido cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores de 2023 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 2023 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 Servicios a los miembros para que podamos ayudarle.

Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos **No hay cambios en sus beneficios ni en los montos que paga por los servicios médicos**

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

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios y suministros para la diabetes: Los artículos cubiertos incluyen zapatos, plantillas y suministros para diabéticos.	Usted paga el 20 % del costo por los servicios con cobertura de Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por los servicios con cobertura de Medicare.
Servicios de urgencia	Usted paga el 20 % del costo por los servicios con cobertura de Medicare (hasta un máximo de \$65 por consulta).	Usted paga el 20 % del costo por los servicios con cobertura de Medicare (hasta un máximo de \$60 por consulta).

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>En un centro en el que el miembro es residente a largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por los servicios en un SNF <p>En un centro en el que el miembro no es residente a largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por los primeros 20 días de cada período de beneficios • Usted paga \$175 por día por los días 21 a 100 de cada período de beneficios • Usted paga 100 % por cada día después del día 100 	<p>Usted paga \$0 por los servicios de un SNF para los primeros 100 días de cada período de beneficios.</p> <p>Usted paga 100 % por cada día después del día 100.</p>
<p><i>Beneficio complementario:</i></p> <p>Servicios de apoyo en el hogar:</p> <p>Debe tener una derivación para recibir servicios de apoyo en el hogar</p> <p>Los cuidados médicos que están cubiertos incluyen:</p> <p>Un empleado calificado de un centro contratado o de una agencia contratada para asistir con citas médicas fuera del asilo de ancianos/la residencia del miembro o con visitas supervisadas durante episodios médicos conductuales, deambulantes o agudos dentro del asilo de ancianos/la residencia del miembro.</p>	<p>Usted paga nada por los servicios de apoyo en el hogar cubiertos.</p> <p>Cubre hasta 48 horas por año calendario.</p>	<p>Usted paga nada por los servicios de apoyo en el hogar cubiertos.</p> <p>Cubre hasta 57 horas por año calendario.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Beneficio complementario: (continuación)		

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona en formato electrónico. La Lista de medicamentos incluye muchos medicamentos que cubriremos el próximo año, pero no la totalidad. Aunque no vea su medicamento en esta lista, es posible que igualmente esté cubierto. **Puede obtener la Lista de medicamentos *completa*** llamando a Servicios a los miembros (consulte la contraportada) o visitando nuestro sitio web (TX.AmHealthPlans.com).

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si se aplicará alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el 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 Servicios a los miembros para obtener más información.

A partir de 2023, podemos retirar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por una versión genérica del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones o ambos.

Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca que se reemplaza o se cambia a un nivel de participación en los costos más alto, ya no recibirá siempre un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos u obtengamos un suministro de un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, de

todas formas, recibirá información sobre el cambio específico que hemos realizado, pero puede llegar después de que se realice el cambio.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Nosotros le enviamos por separado otro folleto denominado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también llamada “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), que le brinda información sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido esta información adicional antes del 30 de septiembre de 2022, llame al Servicios a los miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de 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).

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame al Servicios a los miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina: Usted no pagará más que \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	El deducible es de \$480.	El deducible es de \$505.
Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.		

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que alcance su deducible anual, pasará 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>Los costos que aparecen en esta fila corresponden al suministro de un mes (30días) cuando surte su medicamento recetado en una farmacia de la red que ofrece costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos , vea la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura.</i></p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga 25 % del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de su medicamento hayan alcanzado \$4,430, pasará a la siguiente etapa (Etapa de brecha en la cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga 25 % del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de su medicamento hayan alcanzado \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa de brecha en la cobertura).</p>

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – 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 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo nuestro miembro durante el próximo año, pero si desea cambiar de plan en el año 2023, debe seguir estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare oportunamente,
- *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 1.1 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 2023*, llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección página 12) o llame a Medicare (consulte la Sección página 13).

Paso 2: Cambie 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 un plan de medicamentos recetados**, entonces deberá hacer lo siguiente:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para dar de baja su inscripción. Comunicarse con Servicios a los miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto.
 - - O - Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 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 2023.

¿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 2023 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 2023.

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 con receta

de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta por separado de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 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 (Health Insurance Counseling, and Advocacy Program, 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 (Health Insurance Counseling, and Advocacy Program, 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 (Health Insurance Counseling, and Advocacy Program, HICAP) al 1-800-252-9240. Puede obtener más información sobre cómo Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros de Salud (Health Insurance Counseling, and Advocacy Program, HICAP) visitando su sitio web (www.hhs.texas.gov/services/health/medicare).

SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos con receta

Usted puede calificar para obtener ayuda para pagar sus medicamentos con receta.

- **“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 del costo compartido de los medicamentos con receta mediante el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program). 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 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de American Health Advantage of Texas

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios a los miembros al 1-855-521-0628 (TTY only, call 1-833-312-0046). We are available for phone calls 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 2023 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 2023. Para obtener más información, consulte la *2023 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 reglas que tiene que seguir para obtener los servicios incluidos y los medicamentos recetados. Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en TX.AmHealthPlans.com. También puede llamar al Servicios a los 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. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – 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 de Internet de Medicare

Puede visitar el sitio de Internet 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. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2023*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2023*. Durante el otoño, se envía por correo este folleto 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

