

Aspire Health Advantage (HMO) ofrecido por Aspire Health Plan

Aviso Anual de Cambios para 2023

Actualmente, está inscrito como miembro de Aspire Health Advantage. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 1 para obtener un Resumen de costos importantes, incluida la prima.**

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

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 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.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contraportada de su manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023).
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan hasta el 7 de diciembre de 2022, permanecerá en Aspire Health Advantage.
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción en Aspire Health Advantage.
- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente o acaba de salir de ella (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al (855) 570-1600. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana (excepto ciertos días feriados).
- Este documento también se encuentra disponible en formatos alternativos (es decir, en tamaño de letra grande, Braille y CD de audio).
- La **cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Aspire Health Advantage

- Aspire Health Plan es un patrocinador del plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Aspire Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Aspire Health Advantage.

Aviso Anual de Cambios para 2023
Índice

Resumen de costos importantes para 2023	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	4
Sección 1.3 – Cambios a las redes de proveedores y farmacias	5
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	7
Cambios en nuestra Lista de medicamentos	7
Cambios en los costos de los medicamentos con receta.....	7
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....	10
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Aspire Health Advantage.....	10
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan.....	10
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	11
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	11
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	12
SECCIÓN 6 Preguntas.....	13
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Aspire Health Advantage.....	13
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	13

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y los de 2023 para *Aspire Health Advantage* en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$139.00	\$139.00
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$5,000	\$3,400
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: Usted paga un copago de \$0 por consulta. Consultas a especialistas: Usted paga un copago de \$25 por consulta	Consultas de atención primaria: Usted paga un copago de \$0 por consulta. Consultas a especialistas: Usted paga un copago de \$25 por consulta
Hospitalizaciones	Días 1 a 6: Usted paga un copago de \$275 por día. Días 7 a 90: Usted paga un copago de \$0 por día.	Días 1 a 6: Usted paga un copago de \$250 por día. Días 7 a 90: Usted paga un copago de \$0 por día.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$150 para medicamentos de marca y especializados (Niveles 3, 4 y 5).</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Costo compartido <u>minorista</u> para treinta (30) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$4 • Medicamentos de Nivel 2: \$8 • Medicamentos de Nivel 3: \$45 • Medicamentos de Nivel 4: \$95 • Medicamentos de Nivel 5: 30 % • Medicamentos de Nivel 6: \$11 <p>Costo compartido <u>minorista</u> para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$12 • Medicamentos de Nivel 2: \$24 • Medicamentos de Nivel 3: \$135 • Medicamentos de Nivel 4: \$285 • Medicamentos de Nivel 5: no hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5. • Medicamentos de Nivel 6: \$33 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Costo compartido <u>minorista</u> para treinta (30) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$4 • Medicamentos de Nivel 2: \$8 • Medicamentos de Nivel 3: \$45 • Medicamentos de Nivel 4: \$95 • Medicamentos de Nivel 5: 30 % • Medicamentos de Nivel 6: \$11 <p>Costo compartido <u>minorista</u> para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$8 • Medicamentos de Nivel 2: \$16 • Medicamentos de Nivel 3: \$90 • Medicamentos de Nivel 4: \$190 • Medicamentos de Nivel 5: no hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5. • Medicamentos de Nivel 6: \$22

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	<p>Costo compartido para <u>pedido por correo</u> para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$8 • Medicamentos de Nivel 2: \$16 • Medicamentos de Nivel 3: \$90 • Medicamentos de Nivel 4: \$190 • Medicamentos de Nivel 5: no hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5. • Medicamentos de Nivel 6: \$22 	<p>Costo compartido para <u>pedido por correo</u> para noventa (90) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$8 • Medicamentos de Nivel 2: \$16 • Medicamentos de Nivel 3: \$90 • Medicamentos de Nivel 4: \$190 • Medicamentos de Nivel 5: no hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5. • Medicamentos de Nivel 6: \$22

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$139.00	\$139.00
Beneficios mejorados: opción C Este beneficio complementario opcional incluye cobertura odontológica integral, un beneficio de anteojos, un examen auditivo de rutina, un beneficio de audífonos, 10 viajes adicionales de ida a citas dentro de la red y 14 comidas después de cada hospitalización o estadía en un centro de atención de enfermería especializada o para ciertas afecciones crónicas por un período temporal y está disponible por una prima mensual adicional.	Prima adicional de \$43.00 por mes <u>si</u> decide inscribirse en esta cobertura opcional.	Prima adicional de \$43.00 por mes <u>si</u> decide inscribirse en esta cobertura opcional.

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 5 acerca de “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios dentro de la red de la Parte A y la Parte B cubiertos por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$5,000 dentro de la red.</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,000 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red durante el resto del año calendario.</p>	<p>\$3,400 dentro de la red.</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios a las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un *directorio*.

No hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y 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 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Beneficio de acondicionamiento físico	Programa Silver&Fit de Envejecimiento Saludable y Ejercicio. Usted paga una tarifa anual de \$25.	One Pass: un programa de acondicionamiento físico para ayudarlo a mantenerse activo física, mental y socialmente. Usted paga una tarifa anual de \$0.
Atención para pacientes internados en un hospital	Días 1 a 6: Usted paga un copago de \$275 por día. Días 7 a 90: Usted paga un copago de \$0 por día.	Días 1 a 6: Usted paga un copago de \$250 por día. Días 7 a 90: Usted paga un copago de \$0 por día.
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Días 1 a 6: Usted paga un copago de \$275 por día. Días 7 a 90: Usted paga un copago de \$0 por día.	Días 1 a 6: Usted paga un copago de \$250 por día. Días 7 a 90: Usted paga un copago de \$0 por día.
Diálisis renal	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga 20 % de coseguro por consulta.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$25 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.

Sección 1.5 – 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”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **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.**

La mayoría de los cambios 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 de inmediato los medicamentos que la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) considera inseguros o que el fabricante del producto retira 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 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 o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique para usted.** Le enviamos 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 denominada “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 usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2022, llame a Servicios para los miembros y solicite 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 de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	<p>El deducible es de \$150 para los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo compartido aplicable para los medicamentos en los Niveles 1, 2 y 6 y el costo total de los medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$0.</p> <p>Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.</p>

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 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.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o los medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>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, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$4 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$8 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$45 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga \$95 por receta.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga el 30 % del costo total.</p> <p>Insulinas seleccionadas: Usted paga \$11 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$4 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$8 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$45 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga \$95 por receta.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga el 30 % del costo total.</p> <p>Insulinas seleccionadas: Usted paga \$11 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicio para los miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre. Los productos de insulina cubiertos en el nivel Insulinas seleccionadas (Nivel 6) tendrán cobertura con un copago de \$11 por un suministro para un mes.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Aspire Health Advantage

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 hasta el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Aspire Health Advantage.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2023, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una multa potencial por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), consulte el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y usted 2023), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2). Como recordatorio, Aspire Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en Aspire Health Advantage se cancelará automáticamente.

- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Aspire Health Advantage se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con Servicio para los miembros.
 - *O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.*

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2023.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

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

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no está conforme con su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si recientemente se mudó a una institución, vive actualmente o acaba de salir de ella (como un centro de atención de enfermería especializada o un 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 (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, al SHIP se lo denomina **Programa de asesoramiento y defensa para**

seguros de salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) del Departamento de la Vejez de California.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de **forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del **HICAP del Departamento de la Vejez de California** pueden ayudarlo con los problemas o preguntas que tenga acerca de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Puede llamar al **HICAP del Departamento de la Vejez de California** localmente al: 831-655-1334 o al número gratuito: 800-434-0222. Para obtener más información sobre el **HICAP del Departamento de la Vejez de California** visite su sitio web

(https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - 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;
 - a 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 automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, o
 - a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **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 viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. 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 la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través de la

Oficina del ADAP en el condado de Monterey, ubicada en 340 Church Street, Salinas, CA 93901. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la oficina del ADAP al 831-975-5016.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Aspire Health Advantage

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio para los miembros al número al (855) 570-1600. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al número 711). Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana (excepto ciertos días feriados). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2023* (contiene la información sobre los beneficios y los costos para el próximo año)

Este Aviso anual de cambios le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2023* para Aspire Health Advantage. 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. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – 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). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para obtener más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2023* (Medicare y usted 2023)

Puede leer el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, 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.