

## ***Aspire Health Plus HMO-POS ofrecido por Aspire Health Plan***

### **Aviso anual de cambios para 2024**

Actualmente, está inscrito como miembro de *Aspire Health Plus*. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 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](http://www.aspirehealthplan.org). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo 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 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.
- 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](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la contraportada de su manual *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024).
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

### 3. **ELIJA:** decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan hasta el 7 de diciembre de 2023, permanecerá en *Aspire Health Plus*.
- 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 2024**. Esto finalizará su inscripción en *Aspire Health Plus*.
- 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 con receta 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). Esta llamada es gratuita.
- 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*). 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) para obtener más información.

### Acerca de *Aspire Health Plus*

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

H8764\_POST\_002.ANOC\_0923\_M

## **Aviso anual de cambios para 2024**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2024</b>	<b>.....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cambios en los costos y beneficios para el año próximo</b>	<b>9</b>
Sección 1.1	– Cambios en la prima mensual	9
Sección 1.2	– Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	10
Sección 1.3	– Cambios en las redes de proveedores y farmacias	10
Sección 1.4	– Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	11
Sección 1.5	– Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	15
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cambios administrativos</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo decidir qué plan elegir</b>	<b>18</b>
Sección 3.1	– Si desea seguir inscrito en <i>Aspire Health Plus</i>	18
Sección 3.2	– Si desea cambiar de plan	18
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Plazo para el cambio de plan</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>¿Tiene preguntas?</b>	<b>21</b>
Sección 7.1	– Cómo recibir ayuda de <i>Aspire Health Plus</i>	21
Sección 7.2	– Cómo recibir ayuda de Medicare	22

## Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y los de 2024 para *Aspire Health Plus* en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.</p>	\$269.00	\$312.00
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> 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).</p>	\$3,000	\$3,400
<p><b>Consultas en el consultorio del médico</b></p>	<p>Consultas de atención primaria:</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red*:</b> Usted paga un coseguro del 20% por cada consulta con un médico de atención primaria.</p> <p>Consultas a especialistas:</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$20 por cada consulta con un especialista.</p>	<p>Consultas de atención primaria:</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red*:</b> Usted paga un coseguro del 30% por cada consulta con un médico de atención primaria.</p> <p>Consultas a especialistas:</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$20 por cada consulta con un especialista.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Consultas en el consultorio del médico</b> (continuación)</p>	<p><b>Fuera de la red*:</b>                      Usted paga un coseguro del 20% por cada consulta con un especialista.                      * La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos elegibles de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.</p>	<p><b>Fuera de la red*:</b>                      Usted paga un coseguro del 30% por cada consulta con un especialista.                      * La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos elegibles de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b>                      Días 1 a 5: usted paga un copago de \$220 por día.                      Días 6 a 90: usted paga un copago de \$0 por día.</p> <p><b>Fuera de la red*:</b>                      Días 1 a 90: usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>* La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos elegibles de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b>                      Días 1 a 5: usted paga un copago de \$250 por día.                      Días 6 a 90: usted paga un copago de \$0 por día.</p> <p><b>Fuera de la red*:</b>                      Días 1 a 90: usted paga un coseguro del 30% por estadía.</p> <p>* La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos elegibles de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p>	<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"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 1:</b> \$0</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> \$10</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 3:</b> \$42</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 4:</b> \$90</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 5:</b> 33%</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 6:</b> \$11</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro según corresponda 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"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 1:</b> \$0</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> \$10</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 3:</b> \$42</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 4:</b> \$90</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 5:</b> 33%</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 6:</b> \$11</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (continuación)</p>	<p>Costo compartido minorista para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 1:</b> \$0</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> \$20</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 3:</b> \$84</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 4:</b> \$180</li> </ul> <p>Usted paga \$105 por suministro de 90 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 5:</b> no hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5.</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 6:</b> \$22</li> </ul>	<p>Costo compartido <u>minorista</u> para cien (100) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 1:</b> \$0</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> \$20</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 3:</b> \$84</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 4:</b> \$180</li> </ul> <p>Usted paga \$70 por suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 5:</b> no hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5.</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 6:</b> \$22</li> </ul>
	<p>Costo compartido para pedido por correo para noventa (90) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 1:</b> \$0</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> \$20</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 3:</b> \$84</li> </ul>	<p>Costo compartido para pedido por correo para cien (100) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 1:</b> \$0</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> \$20</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 3:</b> \$84</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 4:</b> \$180 Usted paga \$105 por suministro de 90 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 5:</b> no hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5.</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 6:</b> \$22</li> </ul> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>• Para cada medicamento con receta, usted debe pagar el que sea mayor: un pago igual al 5% del costo del medicamento (esto se denomina <b>coseguro</b>) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que sea tratado como genérico, y \$10.35 para el resto de los medicamentos).</li> </ul>	<p>Usted paga \$70 por suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 4:</b> \$180 Usted paga \$70 por suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 5:</b> no hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5.</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 6:</b> \$22</li> </ul> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No paga nada.</li> </ul>



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

**Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).</p>	\$269.00	\$312.00
<p><b>Beneficios mejorados: opción A</b> Este beneficio complementario opcional incluye cobertura odontológica integral y un beneficio de anteojos, y está disponible por una prima mensual adicional.</p>	Prima adicional de \$44.90 por mes <u>si</u> decide inscribirse en esta cobertura opcional.	Prima adicional de \$44.90 por mes <u>si</u> decide inscribirse en esta cobertura opcional.
<p><b>Beneficios mejorados: opción B</b> 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 o de vuelta 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.</p>	Prima adicional de \$49.90 por mes <u>si</u> decide inscribirse en esta cobertura opcional.	Prima adicional de \$49.90 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 6 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 cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>	\$3,000 dentro de la red.	\$3,400 dentro de la red.
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.	Una vez que haya pagado \$3,000 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.	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.

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

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org). También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias o para solicitarnos un directorio, que le enviaremos por correo dentro de los tres días hábiles.

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 le afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarle.

## 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b><i>Servicios de ambulancia</i></b>	<p>Usted paga un copago de \$200 por viaje de ida o vuelta por transporte terrestre para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por viaje de ida o vuelta por transporte aéreo para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>El copago o coseguro de ambulancia <u>no se aplicará</u> si es admitido en un hospital o puesto en observación dentro de las 24 horas.</p>	<p>Usted paga un copago de \$300 por viaje de ida o vuelta por transporte terrestre para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por viaje de ida o vuelta por transporte aéreo para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>El copago o coseguro de ambulancia <u>se aplicará</u> si es admitido en un hospital o puesto en observación dentro de las 24 horas.</p>
<b><i>Servicios auditivos</i></b>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.</p>
<b><i>Atención para pacientes internados en un hospital</i></b>	<p>Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$220 por día.</p> <p>Días 6 a 90: Usted paga un copago de \$0 por día.</p>	<p>Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$250 por día.</p> <p>Días 6 a 90: Usted paga un copago de \$0 por día.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b><i>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</i></b>	<p>Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$220 por día.</p> <p>Días 6 a 90: Usted paga un copago de \$0 por día.</p>	<p>Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$250 por día.</p> <p>Días 6 a 90: Usted paga un copago de \$0 por día.</p>
<b><i>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</i></b>	<p>Usted paga un copago de \$50 por los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$35 por un suministro de 30 días de insulina de la Parte B cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% al 20% por todos los demás medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen normas de autorización previa y de tratamiento escalonado.</p>
<b><i>Observación en el hospital para pacientes externos</i></b>	<p>Usted paga un copago de \$250 por <u>estadía</u> para los servicios de observación cubiertos por Medicare en centros cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$250 por <u>día</u> para los servicios de observación cubiertos por Medicare en centros cubiertos por Medicare.</p>
<b><i>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</i></b>	<p>Es posible que se apliquen normas de autorización previa después de 12 consultas.</p>	<p>Es posible que se apliquen normas de autorización previa después de 6 consultas.</p>
<b><i>Servicios de podiatría</i></b>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada consulta para servicio cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada consulta para servicio cubierta por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b><i>Beneficios con opción de punto de servicio (POS)</i></b></p> <p>* La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos elegibles de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.</p>	<p>Fuera de la red*:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$200 por viaje de ida o vuelta por transporte terrestre para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por viaje de ida o vuelta por transporte aéreo para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>El copago o coseguro de ambulancia <u>no se aplicará</u> si es admitido en un hospital o puesto en observación dentro de las 24 horas.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por todos los demás servicios cubiertos por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red*:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$300 por viaje de ida o vuelta por transporte terrestre para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por viaje de ida o vuelta por transporte aéreo para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>El copago o coseguro de ambulancia <u>se aplicará</u> si es admitido en un hospital o puesto en observación dentro de las 24 horas.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 30% por todos los demás servicios cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b><i>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</i></b>	<p>Días 1 a 20: Usted paga un copago de \$0 por día.</p> <p>Días 21 a 100: Usted paga un copago de \$50 por día.</p>	<p>Días 1 a 20: Usted paga un copago de \$0 por día.</p> <p>Días 21 a 100: Usted paga un copago de \$100 por día.</p>
<b><i>Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (SSBCI)</i></b>	<p>Los miembros pueden calificar para los siguientes beneficios, si se cumplen los criterios de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte</li> <li>• Comidas</li> <li>• Alimentos y productos frescos</li> <li>• Equipos y servicios de calidad del aire interior</li> <li>• Necesidades de beneficios sociales</li> <li>• Apoyos generales para vivir</li> </ul>	<p>Los miembros pueden calificar para los siguientes beneficios, si se cumplen los criterios de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte</li> <li>• Comidas</li> <li>• Alimentos y productos frescos</li> </ul>
<b><i>Atención de la vista</i></b>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar afecciones oculares (incluyendo la prueba anual de detección de glaucoma).</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar afecciones oculares (incluyendo la prueba anual de detección de glaucoma).</p>

---

## 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.

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

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 Alimentos y Medicamentos (*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 con receta 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 2023*, 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 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)
<p><b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b></p>	<p>Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.</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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo</b>. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</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 pasarán 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:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos:</b> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos:</b> Usted paga \$10 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos:</b> Usted paga \$42 por receta.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos:</b> Usted paga \$90 por receta.</p> <p><b>Medicamentos especializados:</b> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p><b>Insulinas seleccionadas:</b> Usted paga \$11 por receta.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos:</b> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos:</b> Usted paga \$10 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos:</b> Usted paga \$42 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos:</b> Usted paga \$90 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>



Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<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>	<p><b>Medicamentos especializados:</b>                      Usted paga el 33% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Insulinas seleccionadas:</b>                      Usted paga \$11 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

**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.**

**A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

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 2 Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Suministro para días de farmacia</b>	Puede obtener un medicamento con receta hasta por 90 días al por menor o por correo para los siguientes niveles: 1, 2, 3, 4 y 6.	Puede obtener un medicamento con receta hasta por 100 días al por menor o por correo para los siguientes niveles: 1, 2, 3, 4 y 6.
<b>Proveedor de servicios de la vista de rutina: beneficio mejorado, opción A y B</b>	El proveedor de servicios de la vista de rutina es MES Vision.	El proveedor de servicios de la vista de rutina es VSP.

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en *Aspire Health Plus*

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 le inscribirá automáticamente en nuestro plan *Aspire Health Plus*.

### Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

#### Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse 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 posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información acerca de Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, use el 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 seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2). 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, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en *Aspire Health Plus* se cancelará automáticamente.
- Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en *Aspire Health Plus* 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 Servicios para los miembros.
  - *O bien*, 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 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. 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 se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o puede cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se trasladó recientemente a una institución, vive actualmente allí o acaba de salir (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 cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o puede cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (*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 recauda fondos del gobierno federal para brindar servicios **gratuitos** de asesoramiento sobre seguros de salud a nivel local a personas con Medicare. **Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) del Departamento de la Vejez de California**. Los asesores pueden abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Puede llamar al **Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (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 **Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) del Departamento de la Vejez de California** visite su sitio web ([https://www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)).

## SECCIÓN 6 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, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
  - 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.
  - 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, que incluyen el

comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, el comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y el estado 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 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de *Aspire Health Plus*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros 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, 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 2024* (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 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para *Aspire Health Plus*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada 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](http://www.aspirehealthplan.org). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.aspirehealthplan.org](http://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 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare:

### **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 para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para obtener 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. Tiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.