

Health Advantage Blue Classic (HMO), ofrecido por HMO Partners, Inc. que opera bajo el nombre comercial de Health Advantage

Notificación anual de cambios para 2023

Usted está inscrito actualmente como miembro de Health Advantage Blue Classic (HMO). El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 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 www.hamedicare.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitarnos 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 de nuestros beneficios y costos para ver 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 en 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 satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Infórmese sobre 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 la parte de atrás de su manual *Medicare y Usted 2023 (Medicare & You 2023)*.

- Una vez que defina su elección de un plan preferido, 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 Health Advantage Blue Classic (HMO).
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción en Health Advantage Blue Classic (HMO).
- 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 de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible en español sin costo.
- Comuníquese a nuestro número de Servicio de Atención al Cliente, **1-877-349-9335**, para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes (desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana.
- Esta información está disponible en letra grande.
- **La cobertura en virtud de este plan califica como una cobertura de salud elegible (QHC, en inglés)** y cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, en inglés). Visite el sitio de Internet del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) en **www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families** para obtener más información.

Acerca de Health Advantage Blue Classic (HMO)

- HMO Partners, Inc., que opera bajo el nombre comercial de Health Advantage, ofrece planes HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Health Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa HMO Partners, Inc. (que opera bajo el nombre comercial de Health Advantage). Cuando se refiere a “plan” o “nuestro plan”, significa Health Advantage Blue Classic (HMO).

H9699-004_003_23ANOC_M CMS Approved 08252022

Notificación anual de cambios para 2023

Índice

Resumen de costos importantes para 2023	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y los beneficios para el próximo año.....	6
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2: Cambios en los gastos máximos a su cargo	6
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	7
Sección 1.4: Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos.....	7
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	9
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	12
Sección 2.1: Si quiere permanecer en Health Advantage Blue Classic (HMO).....	12
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan	12
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan	13
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare.....	13
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	14
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	14
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Health Advantage Blue Classic (HMO).....	14
Sección 6.2: Para recibir ayuda de Medicare.....	15

Resumen de costos importantes para 2023

El siguiente cuadro compara los costos de 2022 con los de 2023 para Health Advantage Blue Classic (HMO) en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Vea la Sección 1.1 para obtener mayor información	\$0	\$0
Gastos máximos a su cargo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de gastos a su cargo por los servicios cubiertos. (Vea la Sección 1.2 para obtener mayor información).	\$6,000	\$5,800
Visitas al consultorio médico	Visitas al médico de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$40 de copago por visita	Visitas al médico de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$40 de copago por visita
Atención para pacientes hospitalizados	Por cada hospitalización cubierta por Medicare: \$375 de copago por día para los días 1 al 5, \$0 de copago por día para los días 6 al 90 y \$0 de copago por día para los días adicionales después del día 90	Por cada hospitalización cubierta por Medicare: \$365 de copago por día para los días 1 al 5, \$0 de copago por día para los días 6 al 90 y \$0 de copago por día para los días adicionales después del día 90

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Vea la Sección 1.5 para obtener mayor información).</p>	<p>Deducible: \$250 (se aplica al Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 de medicamentos)</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$3 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$13 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$40 de copago • Nivel 4 de medicamentos: 45 % de coseguro • Nivel 5 de medicamentos: 28 % de coseguro • Nivel 6 de medicamentos: \$0 de copago 	<p>Deducible: \$250 (se aplica al Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 de medicamentos)</p> <p>Copago/coseguro según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$3 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$13 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$40 de copago • Nivel 4 de medicamentos: 31 % de coseguro • Nivel 5 de medicamentos: 29 % de coseguro • Nivel 6 de medicamentos: \$0 de copago

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 (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- 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 tan buena como 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.

Sección 1.2: Cambios en los gastos máximos a su cargo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad de “gastos a su cargo” que debe realizar durante el año. Este límite se denomina “gastos máximos a su cargo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Gastos máximos a su cargo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su gasto máximo a su cargo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para los gastos máximos a su cargo.	\$6,000	\$5,800 Una vez que haya pagado \$5,800 en gastos a su cargo por los servicios cubiertos, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los Directorios de farmacias actualizados se encuentran en nuestro sitio web, www.hamedicare.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o bien solicitarnos que le enviemos un Directorio por correo postal.

Existen cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2023* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2023* para ver qué farmacias se encuentran dentro de nuestra red.**

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

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

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

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga un copago de \$45 por visita.	Usted paga un copago de \$40 por visita.
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	<u>No</u> se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
Servicios de emergencia	Usted paga un copago de \$90 por visita.	Usted paga un copago de \$110 por visita.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Atención para pacientes hospitalizados	Usted paga un copago de \$375 por día para los días 1 al 5, copago de \$0 por día para los días 6 al 90 y copago de \$0 por día para los días adicionales después del día 90.	Usted paga un copago de \$365 por día para los días 1 al 5, copago de \$0 por día para los días 6 al 90 y copago de \$0 por día para los días adicionales después del día 90.
Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva	Usted paga un copago de \$90 por visita.	Usted paga un copago de \$60 por visita.
Servicios de especialidad de salud mental para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$40 por visita (sesión individual o grupal).	Usted paga un copago de \$35 por visita (sesión individual o grupal).
Servicios de observación para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$0 por estadía. <u>No</u> se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$285 por estadía. Se requiere autorización previa.
Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$40 por visita (sesión individual o grupal).	Usted paga un copago de \$35 por visita (sesión individual o grupal).
Servicios de rehabilitación pulmonar	Usted paga un copago de \$30 por visita.	Usted paga un copago de \$20 por visita.
Cuidados en Centros de Enfermería Especializada (SNF, en inglés)	Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 1 al 20; un copago de \$188 por día durante los días 21 al 100.	Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 1 al 20; un copago de \$196 por día durante los días 21 al 100.

Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios a nuestra lista de medicamentos

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

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 (FDA, en inglés) 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 el Servicio de atención al cliente para obtener más información.

Cambios a los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **puede ser que la información sobre los costos de los medicamentos recetados Parte D no aplique a usted.** Le hemos enviado por separado una información adicional denominada “Cláusula Adicional 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 informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “ayuda adicional” y no recibió ese documento antes del 30 de septiembre de 2022, llame al servicio de atención al cliente 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 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. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$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)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos en el Nivel 3 (marca preferida), Nivel 4 (medicamento no preferido) y Nivel 5 (especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$250.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$3 por medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos); de \$13 por medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos); \$0 por medicamentos en el Nivel 6 (medicamentos de cuidados seleccionados) y el costo total de medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$250.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$3 por medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos); de \$13 por medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos); \$0 por medicamentos en el Nivel 6 (medicamentos de cuidados seleccionados) y el costo total de medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</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 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 en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surta su medicamento recetado en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar. Para obtener información acerca de los costos: para un suministro a largo plazo o para medicamentos recetados de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$3 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): Usted paga \$13 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferida): Usted paga \$40 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): Usted paga el 45 % del costo total por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados): Usted paga el 28 % del costo total por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 6 (medicamentos de cuidados seleccionados): Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha en la cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$3 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): Usted paga \$13 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferida): Usted paga \$40 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): Usted paga el 31 % del costo total por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados): Usted paga el 29 % del costo total por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 6 (medicamentos de cuidados seleccionados): Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha en la cobertura).</p>

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si quiere permanecer en Health Advantage Blue Classic (HMO)

Para quedarse en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare a más tardar el 7 de diciembre, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan Health Advantage Blue Classic (HMO).

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año pero si desea cambiar para el 2023, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare
- *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 solicita cobertura de un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 para informarse sobre una posible multa por solicitud tardía de cobertura en 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), lea el manual *Medicare y Usted 2023*, llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Le recordamos que HMO Partners, Inc. (que opera bajo el nombre comercial de Health Advantage) ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, los pagos mensuales y las cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Health Advantage Blue Classic (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Health Advantage Blue Classic (HMO).
- 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. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo.

- – o – Puede comunicarse con **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que se dé de baja 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 Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero 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 para 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 asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (SHIP, en inglés) es un programa gubernamental que tiene asesores capacitados en cada estado. En Arkansas, el SHIP se denomina Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores (Senior Health Insurance Information Program).

Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder sus preguntas acerca de pasarse a otros planes. Puede llamar al Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores al **1-800-224-6330**. Podrá obtener más información sobre el Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores visitando su sitio web (<https://insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/senior-health>).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede calificar para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas que poseen ingresos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional” para pagar sus costos de los medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califican no tendrán una multa por brecha de la cobertura o 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, los 7 días de la semana;
 - A la Oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213**, de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m. para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**; o
 - 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 (ADAP, en inglés) 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 no adecuada. Los medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta médica a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (Ryan White Program) de Arkansas. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al **1-501-661-2408** o visite <https://www.healthy.arkansas.gov/programs-services/topics/ryan-white-program>.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Health Advantage Blue Classic (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al servicio de atención al cliente al **1-877-349-9335**. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Estamos disponibles para atender llamadas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes (desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para conocer detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2023* de Health Advantage Blue Classic (HMO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.hamedicare.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.hamedicare.com. Como recordatorio, nuestro sitio de Internet 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: Para 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, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare y Usted 2023*

Lea el manual *Medicare y Usted 2023* (*Medicare & You 2023*). Durante el otoño, se envía por correo este folleto a las personas con Medicare. Este 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), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.