

Senior Care Plus ofrece el Plan Senior Care Plus Patriot (HMO)

Aviso anual de los cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro del *Plan Senior Care Plus Patriot*. El próximo año habrá cambios en los beneficios y costos del plan. **Consulte la página 4 para obtener un Resumen de costos importantes, incluida la prima.**

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 www.seniorcareplus.com. También puede revisar la Evidencia de cobertura *adjunta enviada* por correo postal por separado para ver si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. Además, puede llamar a Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

- **Tiene un plazo del 15 de octubre al 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios le corresponden

- Verifique los cambios en nuestros costos y beneficios para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (de médicos y hospitales).
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
- Reflexione si está satisfecho con nuestro plan.

COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de planes en su área. Utilice el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que se encuentra al dorso de su manual Medicare y usted 2024.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y su cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en el *Plan Senior Care Plus Patriot*.
- Para 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 2024**. Esto finalizará su inscripción en el Plan Senior Care Plus Patriot.
- Si se mudó recientemente, vive en este momento o acaba de retirarse de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o pasarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- This document is available for free in Spanish.
- Please contact our Member Services number at (888) 775-7003 for additional information. (TTY users should call 711.) Hours are (We are not open 7 days a week all year round). Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through March 31, and Monday to Friday (except holidays) from April 1 through September 30. This call is free.
- Customer Service also has free language interpreter services available for non-English speakers.
- Esta información está disponible gratuitamente en español.
- Atención: Si usted habla español, los servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión estatal en 711).
- Por favor contáctese con nuestro servicio al cliente al 775-982-3112 o llame gratuitamente al (888) 775-7003 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión del estado al 711) . (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). El horario es de 8:00 a.m. A 8:00 p.m., Los 7 días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto festivos) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- Servicios al cliente también tiene servicios gratuitos de traducción para los que no hablan inglés.
- **La cobertura que abarca este plan cumple con los requisitos como cobertura médica elegible (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de**

Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca del *Plan Senior Care Plus Patriot*

- Senior Care Plus es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Senior Care Plus depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Senior Care Plus. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa el *plan Senior Care Plus Patriot*.

H2960_2024_Patriot_009_M

Archivar y usar 09/23/2023

Notificación anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024.....	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año	7
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2: Cambios en el gasto máximo de bolsillo	7
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores de servicios de salud	7
Sección 1.4: Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos	8
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir.....	9
Sección 2.1: Si desea permanecer en el <i>Plan Senior Care Plus Patriot</i>	9
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan.....	9
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan.....	10
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre el Programa Medicare	10
SECCIÓN 5 Programas que lo ayudan a pagar por sus medicamentos recetados	11
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	12
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda del <i>Plan Senior Care Plus Patriot</i>	12
Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	12

Resumen de costos importantes para 2024

En la tabla que aparece a continuación, se comparan los costos de 2023 del *Plan Senior Care Plus Patriot* en distintas áreas importantes. **Tenga en cuenta que este documento solamente es un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
Prima mensual del plan (Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles).	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo Esto será lo <u>máximo</u> que pagará de gastos de bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$2,500	\$2,500
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) preferido por servicios cubiertos por Medicare. Copago de \$10 por visita a todos los PCP no preferidos por servicios cubiertos por Medicare. Copago de \$10 por visita a un centro de atención sin citas. Visitas al especialista: Copago de \$40 por cada visita con un especialista por servicios cubiertos por Medicare.	Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita a un proveedor de atención primaria (PCP) preferido por servicios cubiertos por Medicare. Copago de \$10 por visita a todos los PCP no preferidos por servicios cubiertos por Medicare. Copago de \$10 por visita a un centro de atención sin citas. Visitas al especialista: Copago de \$40 por cada visita con un especialista por servicios cubiertos por Medicare.

Costo	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
<p>Estadías en hospital para pacientes hospitalizados Incluye hospitales de atención a largo plazo, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención aguda para pacientes hospitalizados y otros tipos de servicios en hospitales para pacientes hospitalizados. La atención en hospitales para pacientes hospitalizados comienza el día en el que es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado. Los centros preferidos son centros que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los asegurados por un copago más bajo que otros centros que forman parte de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en https://www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al Cliente al 775-982-3112. Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto.</p>	<p>Centro preferido copago de \$250 por día para los días 1 a 6.</p> <p>Centro no preferido copago de \$440 por día para los días 1 a 5.</p>	<p>Centro preferido copago de \$250 por día para los días 1 a 6.</p> <p>Centro no preferido copago de \$440 por día para los días 1 a 5.</p>

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
Prima mensual (También tiene que seguir pagando su prima del plan de salud de la Parte B de Medicare).	\$0	Sin cambios para 2024
Prima de la Parte B	\$75	\$75

Sección 1.2: Cambios en el gasto máximo de bolsillo

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

Costo	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
Gasto máximo de bolsillo Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como, por ejemplo, los copagos) cuentan dentro del gasto máximo de bolsillo.	\$2,500	\$2,500 Una vez que haya pagado \$2,500 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada más por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores de servicios de salud

Existen cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de proveedores de 2024* para corroborar si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que realizaremos cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con el Servicio al Cliente para que podamos ayudarlo.

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

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La información que figura a continuación describe dichos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (el año próximo)
Atención médica de emergencia	Paga un copago de \$120 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.	Paga un copago de \$135 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.
Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare	Copago de \$50 por cada consulta cubierta por Medicare	Copago de \$40 por cada consulta cubierta por Medicare
Cuidado de la vista cubierto por Medicare	\$20 por cada examen de la vista cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista).	\$40 por cada examen de la vista cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista).
Hospitalización parcial	Copago de \$45 por cada consulta cubierta por Medicare.	Copago de \$100 por cada consulta cubierta por Medicare.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea permanecer en el *Plan Senior Care Plus Patriot*

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro *Plan Senior Care Plus Patriot*.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

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

Paso 1: Obtenga más detalles y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare,
- *O BIEN* puede cambiarse al Programa Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse en el plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, se podría aplicar una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información acerca de Original Medicare y de los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud diferente de Medicare, debe inscribirse en un plan nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en el *Plan Senior Care Plus Patriot*.
- Para cambiarse al programa Original Medicare con un plan de medicamentos recetados, debe inscribirse en un plan de medicamentos nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en el *Plan Senior Care Plus Patriot*.
- Para cambiarse al programa Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, entonces deberá:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - *Alternativamente*, comuníquese con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de 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 un plan diferente o al programa Original Medicare para el año siguiente, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2024.

¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

En algunos casos, los cambios también se permiten en otros momentos del año. Por ejemplo, incluye los asegurados de Medicaid, quienes reciban la “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, quienes tengan o dejen la cobertura de su empleador y quienes estén fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2024 y no está conforme con su elección, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente, vive en este momento o acaba de retirarse 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 (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o 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 el Programa Medicare

El SHIP es un programa independiente del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Nevada, el SHIP se denomina Nevada SHIP (a través de la División de Servicios para la Vejez y Access to Healthcare Network).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que tienen Medicare. Los consejeros de Nevada SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a Nevada SHIP al 877-385-2345 o al 800-307-4444. Puede averiguar más sobre Nevada SHIP al visitar su sitio web (http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/).

SECCIÓN 5 Programas que lo ayudan a pagar por sus medicamentos recetados

Usted puede cumplir con los requisitos para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, enumeramos distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas que poseen ingresos limitados pueden cumplir con los requisitos para recibir la “Ayuda adicional” para pagar sus costos de medicamentos recetados. Si cumple con los requisitos, Medicare puede pagarle hasta un 75 % o más de sus gastos para medicamentos, que incluye las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, aquellos que cumplen con los requisitos no tendrán una multa por lapso en la cobertura o por inscripción tardía. Para saber si usted cumple con los requisitos, llame:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - Puede llamar 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 del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - Su Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nevada tiene un programa denominado que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros de Salud.
- **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas que tienen VIH/SIDA y sean elegibles para el ADAP tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia del costo compartido de los medicamentos recetados mediante el Programa Ryan White sobre el VIH/SIDA de la Parte B (Ryan White HIV/AIDS Part B, RWPB) del Departamento de Salud y Servicios Humanos del estado de Nevada. **Nota:** A fin de ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas tienen que cumplir con determinados criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de ingresos bajos según la definición del estado y prueba de estado sin cobertura de seguro médico o estado de cobertura no adecuada.

Si actualmente se encuentra inscrito en un ADAP, puede continuar proporcionándole la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos de la lista de medicamentos del ADAP. Para asegurarse de que continúe recibiendo esta asistencia, informe al encargado de las inscripciones en el ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre del plan o el número de póliza de la Parte D de Medicare.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Access to Healthcare Network (AHN) al 1-775-284-8989 o de manera gratuita al 1-877-385-2345.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda del *Plan Senior Care Plus Patriot*

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicio al Cliente al (888) 775-7003. (Solo para TTY, llame al 711). Nuestro horario de atención telefónica es de lunes a domingo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Cerramos todos los feriados federales.

Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (allí encontrará detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)

Este *Aviso anual de los cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus costos y beneficios para el 2024. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2024 para el *Plan Senior Care Plus Patriot*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada y legal de sus beneficios del plan. Le explica sus derechos y las reglas que tiene que seguir para obtener los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. Se proporciona una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web www.seniorcareplus.com. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta enviada por correo postal por separado para ver si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. Además, puede llamar a Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.seniorcareplus.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*).

Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener más información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea el manual *Medicare y usted 2024*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2024*. Cada otoño, se envía por correo postal este documento a las personas que están en Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y la protección 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 si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.