

Provider Partners Texas Advantage Plan (HMO I-SNP) es un plan que ofrece Provider Partners Health Plans

Aviso anual de cambios para el año 2023

Actualmente, está inscrito como miembro de *Provider Partners Texas Advantage Plan*. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 4 para ver un Resumen de costos importantes, incluida la prima.***

Este documento informa los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, repase la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.pphealthplan.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al cliente para pedir que se le envíe por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Si desea hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año, puede hacerlos desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGÚTESE: Qué cambios le afectan a usted

- Revise los cambios a los beneficios y los costos del plan para saber si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos del cuidado médico (médico, hospital)
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costo compartido.
- Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente continúen estando cubiertos.
- Compruebe que sus médicos de cuidado primario, especialistas, hospitales y demás proveedores de servicios médicos, incluidas las farmacias, continúen en nuestra red el próximo año.
- Pregúntese si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise qué coberturas y qué costos de planes existen en el área donde usted reside. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y Usted 2023*.

Una vez que se decida por un plan, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Usted decide si se cambia de plan

- Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2022, usted permanecerá en *Provider Partners Texas Advantage Plan*.
- *Para cambiarse a un **plan diferente**, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.*

Recursos adicionales

- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al *1-800-405-9681* para obtener más información (Los usuarios de TTY deben llamar al *711*). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
- Este documento está disponible sin costo en español.
- Es posible que este material esté disponible en un formato alternativo (como braille, en letra grande, etc.)
- **La cobertura de este plan cumple los requisitos de una Cobertura de salud que califica (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de *Provider Partners Texas Advantage Plan*

- *Provider Partners Texas Advantage Plan es un plan para personas con necesidades especiales (SNP) de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Provider Partners Medicare Advantage Plan depende de la renovación del contrato.*
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “para nosotros” o “nuestro” o “nuestra” en este documento, se refieren a *Provider Partners Health Plans*. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a *Provider Partners Texas Advantage Plan*.

Y0135_H40540012023_M CMS Approved 08/29/2022

Aviso anual de cambios para el año 2023

Índice

Resumen de costos importantes para el año 2023	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	6
Sección 1.1: Cambios a la prima mensual.....	6
Sección 1.2: Cambios a su cantidad máxima de gastod de su bolsillo.....	6
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....	7
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	7
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	13
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	15
Sección 3.1: Si quiere quedarse en <i>Provider Partners Texas Advantage Plan</i>	15
Sección 3.2: Si decide cambiar de plan.....	15
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan.....	16
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	17
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta	17
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	18
Sección 7.1: Su prima mensual de <i>Provider Partners Texas Advantage Plan</i>	18
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	19

Resumen de costos importantes para el año 2023

La siguiente tabla compara en varias áreas importantes los costos del año 2022 con los del año 2023 de *Provider Partners Texas Advantage Plan*. **Tenga presente que este es solamente un resumen de costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Es posible que el costo de la prima sea mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$25.10	\$25.00
Deducible	\$233	\$226
Máximo de gastos de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$7,550	\$8,300
Visitas al consultorio médico	Visitas de cuidado primario: 20 % del costo <i>total</i> por visita Visitas con un especialista: 20 % del <i>costo total</i> por visita	Visitas de cuidado primario: 20 % del costo <i>total</i> por visita Visitas con un especialista: 20 % del <i>costo total</i> por visita

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Estadías en el hospital como paciente hospitalizado</p>	<p>Deducible de \$1,556 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: \$0 de copago para cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: \$389 de copago por día por cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: \$778 de copago por cada "día de reserva una vez en la vida" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días en toda su vida).</p> <p>Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos</p>	<p>Deducible de \$1,600 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: \$0 de copago para cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: \$400 de copago por día por cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: \$800 de copago por cada "día de reserva una vez en la vida" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días en toda su vida).</p> <p>Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$480</p> <p><i>Coseguro según corresponda</i> durante la Etapa de Cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: 25 % 	<p>Deducible: \$505</p> <p><i>Coseguro según corresponda</i> durante la Etapa de Cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: 25 %

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año**Sección 1.1: Cambios a la prima mensual**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.)	\$25.10	\$25.00

- La prima mensual del plan será *mayor* si usted debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía a la Parte D. La multa se aplica por no haber contado (por 63 días o más) con una cobertura de medicamentos que pague, como mínimo, tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare (a esta cobertura se le llama “cobertura acreditable”).
- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- La prima mensual del plan será *menor* si recibe el programa “Ayuda adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la sección 7 con respecto al programa de “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2: Cambios a su cantidad máxima de gastos de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud impongan un límite a la cantidad que usted paga de “gastos de su bolsillo” para el año. Este límite se llama “máximo de gastos de su bolsillo”. Una vez que usted alcanza este máximo, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Máximo de gastos de su bolsillo Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos y deducibles) se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo.	\$7,550	\$8,300 Una vez que haya pagado \$8,300 de gastos de su bolsillo 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

Encuentre también directorios actualizados en nuestro sitio web www.pphealthplan.com. También puede llamar a Servicio al Cliente y pedir información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o solicitar que le enviemos un *directorio* por correo.

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de proveedores 2023 para saber si sus proveedores (su proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. **Consulte el Directorio de farmacias 2023 para conocer las farmacias que integran nuestra red.**

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

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

Los costos y beneficios de ciertos servicios médicos están siendo modificados para el próximo año. La información que aparece más abajo describe esos cambios.

<i>Costo</i>	<i>2022 (este año)</i>	<i>2023 (próximo año)</i>
<i>Servicios adicionales de telesalud</i>	<i>Los servicios dentales integrales, exámenes de la vista, artículos para la vista y exámenes de audición <u>no</u> estaban cubiertos por los beneficios de los servicios adicionales de telesalud.</i>	<i>Usted paga un coseguro del 20% por los beneficios cubiertos por Medicare que pueden tener beneficios adicionales de telesalud disponibles ahora: Los servicios dentales integrales, exámenes de la vista, artículos para la vista y exámenes de audición están cubiertos por el beneficio de los servicios adicionales de telesalud.</i>
<i>Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)</i>	<i>Se requiere autorización previa.</i>	<i>No es necesario pedir autorización previa.</i>

<i>Costo</i>	<i>2022 (este año)</i>	<i>2023 (próximo año)</i>
<i>Deducible</i>	<i>El costo total de exámenes de la vista, artículos para la vista y exámenes de audición cubiertos por Medicare dentro de la red <u>no</u> se tomaba en cuenta para el deducible.</i>	<i>El costo total de exámenes de la vista, artículos para la vista y exámenes de audición cubiertos por Medicare dentro de la red se toma en cuenta para el deducible.</i>
<i>Equipo médico duradero (DME)</i>	<i>Para gastos facturados por más de \$500 se requiere autorización previa.</i>	<i>Para gastos facturados por más de \$750 se requiere autorización previa.</i>
<i>Equipo médico duradero (DME) - Sillas de rueda no cubiertas por Medicare</i>	<i>DME – Las sillas de rueda no cubiertas por Medicare <u>no</u> están cubiertas.</i>	<i>Usted paga \$0 por un asignación de \$1000 para sillas de rueda cubiertas una vez cada 5 años. Se requiere autorización previa.</i>
<i>Servicios para emergencias</i>	<i>Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$90) por consulta.</i>	<i>Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$95) por consulta.</i>
<i>Servicios especializados para la salud mental</i>	<i>Se requiere autorización previa.</i>	<i>No es necesario pedir autorización previa.</i>
<i>Servicios de terapia ocupacional</i>	<i>Usted paga el 20 % del costo total de los beneficios con cobertura de Medicare.</i>	<i>Usted paga el 0% del costo total de los beneficios con cobertura de Medicare.</i>
<i>Servicios de otro profesional de cuidado de la salud</i>	<i>Usted paga el 20 % del costo total de los beneficios con cobertura de Medicare.</i>	<i>Usted paga 0 % por visitas al centro por parte de enfermeras especialistas requeridas por el modelo de cuidado del plan. Usted paga 20 % por todas las demás visitas.</i>

<i>Costo</i>	<i>2022 (este año)</i>	<i>2023 (próximo año)</i>
<i>Diagnóstico de pacientes ambulatorios y servicios radiológicos terapéuticos</i>	<i>Se requiere autorización previa para los servicios de radiología de alta tecnología, lo que incluye, pero no se limita a imágenes por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI), angiografía por resonancia magnética (magnetic resonance angiography, MRA), tomografía por emisión de positrones (positron emission tomography, PET), angiografía por tomografía computarizada (computed tomography angiography, CTA), y tomografía por emisión monofotónica (single-photon emission computed tomography, SPECT).</i>	<i>Se requiere autorización previa para una tomografía de medicina nuclear. Se requiere autorización previa para todos los servicios de radiología terapéuticos.</i>
<i>Procedimientos y pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios</i>	<i>Se requiere autorización previa.</i>	<i>No es necesario pedir autorización previa.</i>
<i>Servicios para podiatría</i>	<i>Usted paga un coseguro de \$0 por hasta 6 visitas de cuidado de los pies de rutina cada año.</i>	<i>Usted paga un copago de \$0 por hasta 6 visitas de cuidado de los pies de rutina cada año.</i>
<i>Prótesis/ Suministros médicos</i>	<i>Para gastos facturados por más de \$500 se requiere autorización previa.</i>	<i>Para gastos facturados por más de \$750 se requiere autorización previa.</i>
<i>Servicios de fisioterapia y de patologías del habla y del lenguaje</i>	<i>Usted paga el 20 % del costo total de los beneficios con cobertura de Medicare.</i>	<i>Usted paga el 0 % del costo total de los beneficios con cobertura de Medicare.</i>

<i>Costo</i>	<i>2022 (este año)</i>	<i>2023 (próximo año)</i>
<i>Centro de enfermería especializada (SNF)</i>	<p><i>Usted paga: Días 1 a 20: \$0 por cada período de beneficios.</i></p> <p><i>De 21 a 100 días: \$194.50 de copago por día para cada período de beneficios.</i></p> <p><i>Día 101 en adelante: Usted paga todos los costos.</i></p>	<i>Usted paga \$0 por servicios en un centro de enfermería especializada.</i>
<i>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos</i>	<i>Usted paga \$0 por el programa de asistencia de un acompañante que brinda apoyo emocional y sociabilización al emparejar al miembro con un acompañante compatible o acompañante K9. Esto puede incluir apoyo individual o en un entorno grupal. Las visitas de acompañante se limitan a 1 hora por mes.</i>	<i>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos/ Asistencia de un acompañante <u>no</u> está cubierto.</i>
<i>Servicios requeridos de urgencia</i>	<i>Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$65) por consulta.</i>	<i>Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$60) por consulta.</i>

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

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

Nuestra Lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, incluidos los cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para ver si tendrán alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que durante el año hagamos otros cambios que son permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar de inmediato medicamentos que son considerados inseguros por la FDA o que son retirados del mercado por un fabricante. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en Internet para proporcionar la última lista de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como, por ejemplo, solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Si desea obtener más información, también puede comunicarse con Servicio al Cliente.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está inscrito en el programa Ayuda adicional que le brinda asistencia para pagar sus medicamentos, es posible que **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un documento aparte, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para quienes reciben el programa Ayuda adicional para pagar sus medicamentos” (también se le llama “Cláusula adicional del subsidio para personas de bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si recibe el programa “Ayuda adicional” y no ha recibido este documento aparte a más tardar el *15 de octubre*, llame a Servicio al cliente y solicite la Cláusula adicional LIS (“LIS Rider”).

Las “etapas de pago de medicamentos” son cuatro.

A continuación, se indican los cambios que tendrán las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.)

Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>En esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$480.</p>	<p>El deducible es \$505.</p>

Cambios al costo compartido durante la etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague su deducible anual, usted pasará a la etapa de Cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos indicados en este renglón corresponden al suministro de un mes (30 días) si surte su receta en una farmacia de la red que proporciona un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas mediante el servicio de medicamentos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura.</i></p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$4,430, usted pasará a la etapa siguiente (Etapa sin cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$4,660, usted pasará a la etapa siguiente (Etapa sin cobertura).</p>

Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted incluso si usted no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Áreas de servicio cubiertas	<p><i>El área de servicio del Plan incluye los siguientes condados: Anderson, Angelina, Bandera, Bexar, Cherokee, Concho, Delta, Denton, Ector, El Paso, Falls, Fannin, Freestone, Goliad, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hardin, Hood, Hopkins, Howard, Jefferson, Jim Wells, Karnes, Limestone, Madison, Medina, Navarro, Orange, Palo Pinto, Refugio, Robertson, Runnels, Smith, Somervell, Titus, Trinity, Tyler, Upshur, Wise, y Young.</i></p>	<p><i>El área de servicio del Plan añadirá los siguientes condados para el año contractual 2023: Brazos, Brown, Burnet, Collingsworth, Comanche, Dallas, Gray, Hall, Harris, Hutchinson, Kaufman, Lubbock, McLennan, Matagorda, Maverick, Moore, Nacogdoches, Potter, Randall, Sabine, San Saba, Tarrant, Uvalde, Val Verde, Victoria y Wichita.</i></p>

Cambios en la dirección/fax de la Parte D

Las decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D se debían enviar por correo a: Elixir c/o Provider Partners Health Plans 2181 E. Aurora Rd, Suite 201, Twinsburg OH 44087

Las decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D se deben enviar por correo a: Elixir c/o Provider Partners Health Plans 8921 Canyon Falls Blvd. Suite 100 Twinsburg, OH 44087

*Las apelaciones de la Parte D se debían enviar por correo a: Elixir c/o Provider Partners Health Plans 2181 E. Aurora Rd, Suite 201, Twinsburg OH 44087
Attention: Part D Appeals*

*Las apelaciones de la Parte D se deben enviar por correo a: Elixir c/o Provider Partners Health Plans 8921 Canyon Falls Blvd. Suite 100 Twinsburg, OH 44087
Attn: Appeals Department*

*Las quejas/quejas formales de la Parte D se debían enviar por correo a: Elixir c/o Provider Partners Health Plans 2181 E. Aurora Rd, Suite 201, Twinsburg OH 44087
Attention: Grievance Department
Fax: 1-877-503-7231*

*Las quejas/quejas formales de la Parte D se deben enviar por correo a: Elixir c/o Provider Partners Health Plans 8935 Darrow Rd. P.O. Box 1208 Twinsburg, OH 44087
Attn: Grievance Department
Fax: 1-866-250-5178*

Las solicitudes de pago de farmacia se debían enviar por correo a: Elixir c/o Provider Partners Health Plans 2181 E. Aurora Rd, Suite 201, Twinsburg OH 44087

Las solicitudes de pago de farmacia se deben enviar por correo a: Elixir c/o Provider Partners Health Plans 8921 Canyon Falls Blvd. Suite 100 Twinsburg, OH 44087

Los reclamos se debían enviar por correo a:

Los reclamos se deben enviar por correo a:

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	<p><i>Elixir c/o Provider Partners Health Plans 2181 E. Aurora Rd, Suite 201, Twinsburg, OH 44087</i></p> <p><i>Los reembolsos directos al miembro se debían enviar por correo a: Elixir c/o Provider Partners Health Plans 2181 E. Aurora Rd. Suite 201, Twinsburg, OH 44087 Attention: Direct Member Reimbursement</i></p>	<p><i>Elixir c/o Provider Partners Health Plans 8921 Canyon Falls Blvd. Suite 100 Twinsburg, OH 44087</i></p> <p><i>Los reembolsos directos al miembro se deben enviar por correo a: Elixir c/o Provider Partners Health Plans 8935 Darrow Rd. P.O. Box 1208 Twinsburg, OH 44087 Attention: DMR Department</i></p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si quiere quedarse en *Provider Partners Texas Advantage Plan*

Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en otro plan o no se cambia a Original Medicare a más tardar el 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en nuestro plan *Provider Partners Texas Advantage Plan*.

Sección 3.2: Si decide cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si decide cambiar de plan para el año 2023 siga estos pasos:

Paso 1: Sepa con qué opciones cuenta y compárelas

- Usted puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare,
- *O BIEN* usted 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 usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Si desea más información sobre Original Medicare y los distintos planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2023*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2). Como un recordatorio, *Provider Partners Health Plans* ofrece otros planes de salud de Medicare. Es posible que haya diferencias en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos de esos otros planes.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción en el plan *Provider Partners Texas Advantage Plan*.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en ese plan de medicamentos nuevo. Se cancelará su inscripción en el plan *Provider Partners Texas Advantage Plan*.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe optar por:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.
 - Si necesita más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con Servicio al Cliente.
 - – *O bien*– Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite su baja del plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

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

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, se permite hacer cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen las personas que tienen Medicaid, a las personas que reciben el programa Ayuda adicional para pagar sus medicamentos, a las que tienen cobertura de parte de su empleador o que dejarán de tenerla y, también, a las personas que se trasladan fuera del área de servicio del plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2023, y no le agrada el plan que seleccionó, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2023.

Si hace poco se mudó a, vive en o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Para cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta cubiertos por Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos separados) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En *Texas*, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama *Programa de Consejería, Defensa e Información sobre la Salud (Health Information, Counseling and Advocacy Program, HICAP)*.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a los beneficiarios de Medicare. Los consejeros del *Programa de Consejería, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP)* pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender las opciones de su plan de Medicare, así como responder a preguntas para cambiar de planes. Puede llamar al *Programa de Consejería, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP)* al 800-252-9240. Puede obtener más información sobre el *Programa de Consejería, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP)* si visita su sitio web (www.hhs.texas.gov/services/health/medicare).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación se listan las distintas clases de ayuda:

- **Programa "Ayuda adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda adicional con el fin de pagar sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta 75 % o más de sus medicamentos incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de sus medicamentos con receta. Además, aquellos que califican no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 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
 - a su Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica en su estado.** *Texas* tiene dos programas denominados *Programa de Atención de la Salud del Riñón* (Kidney Health Care Program, KHC) y *Programa de Medicamentos para el VIH de Texas* (Texas HIV Medication Program) que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de su necesidad económica, edad o enfermedad. Para obtener más información sobre los programas, consulte a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.

- **Ayuda para el costo compartido de las recetas de las personas con VIH o sida.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos de participación en el programa ADAP y que viven con el VIH o sida tengan acceso a medicamentos contra el virus que salvan la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen un comprobante de residencia en su estado, su estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por el programa ADAP, califican para recibir asistencia con el costo compartido a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP). Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese al 800-255-1090 o al 737-255-4300.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

SECCIÓN 7.1: Su prima mensual de *Provider Partners Texas Advantage Plan*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratis.

Le recomendamos leer su *Evidencia de cobertura 2023* (contiene información detallada de los costos y beneficios para el próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* contiene un resumen de los cambios a los beneficios y costos para el año 2023. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura 2023* de *Provider Partners Texas Advantage Plan*. La *Evidencia de cobertura* es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Podrá acceder a una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web: www.pphealthplan.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar el sitio web en: www.pphealthplan.com. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más reciente de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y de nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos).

Sección 7.2: Cómo obtener 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), 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 ([es.medicare.gov](https://www.medicare.gov)). En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad con estrellas para que pueda 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*. Cada otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y contiene respuestas a preguntas frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerlo 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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.