



<Nombre del miembro>

<Dirección del miembro>

<Ciudad,> <Estado> <Código postal>

Puede encontrar **los documentos de beneficios de su plan** que se listan abajo en línea en [atriohp.com](http://atriohp.com) el 15 de octubre.

- **Evidencia de cobertura** – este folleto da información sobre la cobertura de beneficios y las reglas del plan
- **Directorios de proveedores y farmacias** – también hay herramientas de búsqueda en línea para ayudarle a encontrar un proveedor o una farmacia en su área.
- Lista **completa de medicamentos del formulario** (para miembros con cobertura de medicamentos con receta) – este folleto lista todos los medicamentos cubiertos disponibles con nuestro plan

Para solicitar una copia de cualquiera de los documentos listados, o para encontrar una reunión de beneficios para miembros en su área, comuníquese con Servicio al cliente al **1-877-672-8620** (TTY 711), todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. o visite [atriohp.com](http://atriohp.com).

De conformidad con 45 CFR 164.520 (c) (1) (ii), ATRIO le informa de la disponibilidad del Aviso de prácticas de privacidad. El Aviso de prácticas de privacidad se incluyó en su paquete de inscripción de nuevo miembro cuando se inscribió por primera vez y hay una copia del documento publicada en nuestro sitio web [atriohp.com/hipaa](http://atriohp.com/hipaa). Puede solicitar una copia de este aviso llamando a Servicio al cliente al **1-877-672-8620** (TTY 711)

Y0084\_MBR\_ANOC\_INS\_2024\_C



**2024**

***Aviso anual de cambios***

Oregon

Plan de necesidades especiales ATRIO  
(Willamette)  
(HMO D-SNP)  
*H5995-001*

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

## ***Plan de Necesidades Especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP) ofrecido por ATRIO Health Plans***

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

Actualmente está inscrito como miembro del Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP). El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. ***Vea en la página 4 el Resumen de costos importantes, incluyendo la prima.***

Este folleto lo informa sobre los cambios del plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura* que está en nuestro sitio web en [atriohp.com](http://atriohp.com). Además, puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

#### **Qué debe hacer ahora**

##### **1. PREGUNTE:** Qué cambios se aplican en su caso

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
  - Revise los cambios en costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluyendo los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que está tomando actualmente seguirán estando cubiertos.
- Revise si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

##### **2. COMPARE:** Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare que está en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista que está en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2024*.
- Después de elegir la opción de un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

### 3. ELIJA: Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en el Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en el Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP).
- Consulte la sección 2, página 13 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

#### Más recursos

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-877-672-8620 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es todos los días de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Esta llamada es gratis.
- Esta información está disponible en braille, letra grande u otros formatos.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud elegible (QHC)** y cumple el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (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.

#### Sobre el Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP)

- ATRIO Health Plans es una PPO, HMO y HMO D-SNP con contratos con Medicare y Oregon Health Plan. ATRIO Health Plans ha sido aprobado por el Comité nacional de garantía de calidad (NCQA) para operar como un Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) hasta el **12/31/2024**, según una revisión del modelo de atención SNP de ATRIO Health Plans. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato.
- El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Medicaid de Oregon para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a ATRIO Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa el Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP).

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

<b>Resumen de costos importantes para 2024 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual .....	7
Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo .....	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias .....	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	11
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>13</b>
Sección 2.1 – Si quiere permanecer en el Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP) .....	13
Sección 2.2 – Si quiere cambiarse de plan .....	13
<b>SECCION 3 Cambiar planes.....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen consejería gratis sobre Medicare y Medicaid .....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta ...</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Preguntas? .....</b>	<b>16</b>
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda del Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP) .....	16
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare .....	17
Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	17

## Resumen de costos importantes para 2024

La tabla de abajo compara los costos de 2023 y 2024 para el Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP) en varias áreas importantes.

**Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$0	\$0
*Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.		
<b>Visitas en el consultorio del médico</b>	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita
<b>Estancia en el hospital como paciente hospitalizado</b>	\$0 de copago para los días 1-90	\$0 de copago para los días 1-90

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 durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Nivel 1 de medicamentos</b></p> <p><u>LIS, nivel 1:</u> \$4.15 para medicamentos genéricos \$10.35 para medicamentos de marca y todos los demás medicamentos</p> <p><u>LIS, nivel 2:</u> \$1.45 para medicamentos genéricos \$4.30 para medicamentos de marca y todos los demás medicamentos</p> <p><u>LIS, nivel 3:</u> \$0</p> <p>Cobertura catastrófica:</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>• Por cada receta, usted paga lo que sea mayor: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (esto se llama <b>coseguro</b>), o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$10.35 para todos los demás medicamentos).</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Nivel 1 de medicamentos</b></p> <p><u>LIS, nivel 1:</u> \$4.50 para medicamentos genéricos \$11.20 para medicamentos de marca y todos los demás medicamentos</p> <p><u>LIS, nivel 2:</u> \$1.55 para medicamentos genéricos \$4.60 para medicamentos de marca y todos los demás medicamentos</p> <p><u>LIS, nivel 3:</u> \$0</p> <p>Cobertura catastrófica:</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. Usted no paga nada.</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Máximo de gastos de bolsillo</b></p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos.                      (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información.)</p>	<p>\$6,700</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y B.</p>	<p>\$6,700</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y B.</p>



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

### Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague).	\$0	\$0

### Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga de su bolsillo por el año. Este límite se llama máximo de gastos de bolsillo. Una vez alcance esa cantidad, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Máximo de gastos de bolsillo</b></p> <p><b>Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.</b></p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y B.</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para el máximo de gastos de bolsillo. La prima de plan y los costos de medicamentos con receta no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$6,700</p>	<p style="text-align: center;">\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos por el resto del año calendario.</p> <p>No habrá cambios en su máximo de gastos de bolsillo en 2024.</p>

### **Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias**

Los directorios actualizados están en nuestro sitio web [atriohp.com](http://atriohp.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias o pedirnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo dentro de los tres días laborables.

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 sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores a medio año lo afecta, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo.

## Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La información de abajo describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios dentales</b>	Los servicios no rutinarios <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga \$0 de copago por cada visita de servicios no rutinarios (visitas ilimitadas cada año hasta la asignación de \$1,250).
	Los servicios de diagnóstico <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga \$0 de copago por cada visita de servicios de diagnóstico (visitas ilimitadas cada año hasta la asignación de \$1,250).
	Los servicios de restauración <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga \$0 de copago por cada visita de servicios de restauración (visitas ilimitadas cada año hasta la asignación de \$1,250).
	Los servicios de endodoncia <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga \$0 de copago por cada visita de servicios de endodoncia (visitas ilimitadas cada año hasta la asignación de \$1,250).
	Los servicios de periodoncia <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga \$0 de copago por cada visita de servicios de periodoncia (visitas ilimitadas cada año hasta la asignación de \$1,250).
	Los servicios de extracción <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga \$0 de copago por cada visita de servicios de extracción (visitas ilimitadas cada año hasta la asignación de \$1,250).

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>No están cubiertos los servicios de prostodoncia y otros servicios de cirugía bucal/maxilofacial.</p> <p>Cantidad máxima de cobertura del plan de \$500 cada año para servicios dentales preventivos.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada visita de prostodoncia y otros servicios de cirugía bucal/maxilofacial (visitas ilimitadas cada año hasta la asignación de \$1,250).</p> <p>Cantidad máxima de cobertura del plan de \$1,250 cada año para servicios dentales preventivos e integrales. La cobertura se da mediante una Tarjeta Flex.</p> <p>No se exige autorización previa para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>No se exige autorización previa para servicios dentales integrales no rutinarios no cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b></p>	<p>Se podría exigir terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B a la Parte B y de la Parte D a la Parte B.</p>	<p>Se podría exigir terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B a la Parte B y de la Parte D a la Parte B y para los medicamentos de la Parte D a la D.</p> <p>Para obtener una lista completa de los medicamentos con receta de la Parte B que exigen terapia escalonada, visite <a href="http://atriohp.com">atriohp.com</a>.</p>
<p><b>Otro beneficio suplementario</b></p>	<p>Usted paga \$0 por su visita anual de bienestar una vez cada 12 meses.</p>	<p>Usted paga \$0 por su visita anual de bienestar una vez por año calendario.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Beneficio del sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)</b>	El beneficio del sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) <u>no</u> está cubierto	Usted paga \$0 de copago por el beneficio del sistema de respuesta de emergencia personal (PERS).  Debe usar el proveedor de ATRIO. Llame a su equipo de atención de SNP para inscribirse.

## 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 llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Puede obtener electrónicamente una copia de nuestra “Lista de medicamentos”.

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 ver si habrá alguna restricción o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos al principio de cada año. Sin embargo, durante el año podríamos hacer otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar inmediatamente los medicamentos que la FDA no considere seguros o que el fabricante del producto haya retirado del mercado. Actualizamos en línea nuestra “Lista de medicamentos” para darle la lista de medicamentos más actualizada.

Si lo afecta un cambio en la cobertura de medicamentos a principios del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para saber sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La información de abajo muestra los cambios para las primeras dos etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: Etapa de período sin cobertura y Etapa de cobertura catastrófica.

### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	Como el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Como el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

### Cambios en los costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b>	<b>Nivel 1 de medicamentos</b>	<b>Nivel 1 de medicamentos</b>
Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b>	<u>LIS, nivel 1:</u> \$4.15 para medicamentos genéricos \$10.35 para medicamentos de marca y todos los demás medicamentos	<u>LIS, nivel 1:</u> \$4.50 para medicamentos genéricos \$11.20 para medicamentos de marca y todos los demás medicamentos
La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.	<u>LIS, nivel 2:</u> \$1.45 para medicamentos genéricos \$4.30 para medicamentos de marca y todos los demás medicamentos	<u>LIS, nivel 2:</u> \$1.55 para medicamentos genéricos \$4.60 para medicamentos de marca y todos los demás medicamentos
Los costos en esta fila son para el suministro de un mes (31 días) cuando surta su receta en una farmacia de la red con costos compartidos estándar.	<u>LIS, nivel 3:</u> \$0	<u>LIS, nivel 3:</u> \$0
Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo; en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos, o para pedido por correo de recetas, vea el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura.</i>		

## Cambios en las Etapas de período sin cobertura y de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas con costos de medicamentos altos. **La mayoría de los miembros no cubre la Etapa de período sin cobertura ni la Etapa de cobertura catastrófica.**

**A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura catastrófica, 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    Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1 – Si quiere permanecer en el Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP)

**Para continuar en nuestro plan no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP).

### Sección 2.2 – Si quiere cambiarse de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si quiere cambiar para el año 2024, siga estos pasos:

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

- Puede inscribirse en un plan médico de Medicare diferente.
- O, puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes 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 y usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2). Como recordatorio, ATRIO Health Plans (Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP)) ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan médico de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información de cómo hacerlo.
  - – o – Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

## SECCION 3 Cambiar planes

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

### ¿Hay otras oportunidades en el año para hacer cambios?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos. Los ejemplos incluyen personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Debido a que tiene el Plan médico de Oregon (Medicaid), es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **períodos de inscripción especiales**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.



Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención de largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

#### **SECCIÓN 4      Programas que ofrecen consejería gratis sobre Medicare y Medicaid**

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Oregon, el SHIP se llama SHIBA.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local **gratis** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIBA pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cambiar planes. Puede llamar a SHIBA al 800-722-4134. Puede obtener más información sobre SHIBA visitando su sitio web ([shiba.oregon.gov](http://shiba.oregon.gov)).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de su Plan médico de Oregon (Medicaid), comuníquese con el Plan médico de Oregon al 1-800-273-0557 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico. Pregunte cómo el hecho de unirse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene la cobertura del Plan médico de Oregon (Medicaid).

#### **SECCIÓN 5      Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta**

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Las siguientes son distintas clases de ayuda:

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Oregon tiene un programa llamado Programa de tarjeta de descuento ArrayRx que ayuda a las personas a pagar medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos.
- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda adicional”, también llamada Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Debido a que usted califica, no tiene una interrupción en la cobertura ni una penalización por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre “Ayuda adicional”, llame a:

- 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, entre 8 a. m. y 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, o
- La Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH que pueden salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo una prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, ingresos bajos según lo define el estado y la condición de sin seguro/seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que ADAP también cubre, califican para la asistencia de costos compartidos para los medicamentos con receta mediante CAREAssist. Para obtener información de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a CAREAssist al 1-971-673-0144 (TTY 711).

## SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

### Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda del Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Miembros al 1-877-672-8620. (Solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas todos los días de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Las llamadas a estos números son gratis.

#### **Lea su *Evidencia de Cobertura para 2024* (tiene información de los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el año 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2024 para el Plan de necesidades especiales ATRIO (Willamette) (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta cubiertos. En nuestro sitio web en [atriohp.com](http://atriohp.com) hay una copia de la *Evidencia de cobertura*. Además, puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

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

También puede visitar nuestro sitio web en [atriohp.com](http://atriohp.com). Como recordatorio, nuestro sitio web 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 – 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 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare y usted 2024***

Lea el manual *Medicare y usted 2024*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

---

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Plan médico de Oregon al 1-800-273-0557. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.