

Texas Independence Health Plan (HMO I-SNP) ofrecido por Texas Independence Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente está inscrito como miembro de Texas Independence Health Plan. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. ***En la página 4 puede ver un Resumen de costos importantes, incluida la prima.***

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web www.txindependencehealthplan.com. También puede llamar a Servicios para miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo.

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, usted puede realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Consulte los cambios en 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 medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en el monto que gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” 2024 para asegurarse de que los que toma actualmente siguen estando 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 nuestro plan le satisface.

2. COMPARAR: Conozca 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 aparece en la parte posterior del manual *Medicare y usted2024*.

- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELEGIR: Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en Texas Independence Health Plan.
- Para cambiarse a **otro plan**, puede cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros en el 1-833-471-8447 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447). El horario 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. Esta llamada es gratuita.
- Este material podría estar disponible en otros formatos (Braille, letra grande, etc.). Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.
- **La cobertura conforme a este plan es elegible como Cobertura elegible de salud (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, visite el sitio web de Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Texas Independence Health Plan

- Texas Independence Health Planes un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), con un contrato de Medicare. La inscripción en el plan Medicare Advantage de Texas Independence Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Texas Independence Health Plan Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Texas Independence Health Plan.

H5015_S24AEISPHMO_M File & Use 9/13/2023

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	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 las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D	13
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	16
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	16
Sección 3.1 – Si desea permanecer en Texas Independence Health Plan.....	16
Sección 3.2 – Si desea cambiarse de plan.....	17
SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan	17
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	19
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	19
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	20
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Texas Independence Health Plan	20
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	21

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 de Texas Independence Health Plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Más información en la Sección 1.1.	\$25.00	\$28.40
Deducible	\$226	\$226 excepto para insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero. Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. Texas Independence Health Plan proporcionará las tarifas actualizadas según se publiquen.
Gasto máximo de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Más información en la Sección 1.2.)	\$8,300	\$8,850
Consultas médicas	Consultas de atención primaria: 20 % del costo total por consulta Consultas con especialistas: 20 % del costo total por consulta	Consultas de atención primaria: 20 % del costo total por consulta Consultas con especialistas: 20 % del costo total por consulta

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Hospitalizaciones	<p>Deducible de \$1,600 por cada período de beneficios.</p> <p>Día 1–60: copago de \$0 por día para cada periodo de beneficios.</p> <p>Día 61–90: copago de \$400 por día para cada periodo de beneficios.</p> <p>Día 91 y siguientes: copago de \$800 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 para cada periodo de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).</p> <p>Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos.</p>	<p>Deducible de \$1,600 por cada período de beneficios.</p> <p>Día 1–60: copago de \$0 por día para cada periodo de beneficios.</p> <p>Día 61–90: copago de \$400 por día para cada periodo de beneficios.</p> <p>Día 91 y siguientes: copago de \$800 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 para cada periodo de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).</p> <p>Después de los días de reserva: usted paga todos los costos.</p> <p>Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. Texas Independence Health Plan proporcionará las tarifas actualizadas según se publiquen.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Más información en la Sección 1.5.)</p>	<p>Deducible: \$505 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: 25 % Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. Para cada medicamento recetado, usted paga el que sea mayor de estos costos: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (denominado coseguro), 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). 	<p>Deducible: \$545 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: 25 % Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted no paga nada.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$25.00	\$28.40

- La prima mensual de su plan será *mayor* si tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por estar sin otra cobertura de medicamentos que sea de un valor similar a la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si tiene un mayor ingreso, es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe la “Ayuda Adicional” para los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 7 sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el gasto máximo de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que usted paga de bolsillo durante el año. Este límite se llama gasto máximo de bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Gasto máximo de bolsillo Sus costos de servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para su gasto máximo de bolsillo. Su prima del plan y costos de los medicamentos recetados no cuentan para su gasto máximo de bolsillo.	\$8,300	\$8,850 Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no pagará nada más por sus servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

En nuestro sitio web en www.txindependencehealthplan.com se encuentran los directorios actualizados. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o solicitarnos que le enviemos un directorio por correo, y lo haremos dentro de los tres días hábiles.

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de proveedores 2024* para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

No habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en relación con hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si le afecta un cambio de proveedores a mediados de año, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo.

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

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios odontológicos preventivos	Usted paga un copago de \$0 por 1 examen al año, 1 limpieza al año, 1 juego de radiografías al año y 1 tratamiento con flúor al año.	Usted paga un copago de \$0 por 2 exámenes al año, 2 limpiezas al año, 2 juegos de radiografías al año y 2 tratamientos con flúor al año.
Servicios del Centro Quirúrgico Ambulatorio	Se requiere autorización previa	No se requiere autorización previa

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de emergencia	Usted paga 20 % del costo total (hasta un máximo de \$90) por consulta. Los costos compartidos no se aplican si es admitido en el hospital dentro de un plazo de 24 horas.	Usted paga 20 % del costo total (hasta un máximo de \$100) por consulta. Los costos compartidos no se aplican si es admitido en el hospital dentro de un plazo de 24 horas.
Servicios de urgencia	Usted paga 20 % del costo total (hasta un máximo de \$60) por consulta.	Usted paga 20 % del costo total (hasta un máximo de \$55) por consulta.
Servicios especializados de salud mental	Se requiere autorización previa	No se requiere autorización previa
Servicios de transporte	14 viajes de ida por cualquier afección relacionada con la salud cada año.	Transporte (no emergencia): Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 10 traslados de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Este beneficio está disponible para los miembros con una o más enfermedades crónicas.	Usted paga un copago de \$0 por las consultas de estética, hasta \$100 al año por 2 consultas cada año.	Usted paga un copago de \$0 por las consultas de estética, hasta \$100 al año. Transporte (sin necesidad médica) Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 4 traslados de ida cada año a lugares de atención no médica.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios ambulatorios de radiología diagnóstica y terapéutica</p>	<p>Se requiere autorización previa para los servicios de radiología de alta tecnología, incluidos, entre otros, imágenes de MRI, MRA, PET, CTA y SPECT.</p>	<p>Las tomografías computarizadas no requieren autorización previa. Se requiere autorización previa para los servicios de radiología compleja, incluidos, entre otros, imágenes de MRA, PET y SPECT, así como también oncología radioterápica y radioterapia.</p>
<p>Beneficio para medicamentos de venta libre (OTC)</p>	<p>Limitado a \$60 de asignación cada trimestre para determinados medicamentos de venta libre y otros productos relacionados con la salud, que figuran en el catálogo de medicamentos OTC. Esta asignación se traspasa al siguiente periodo si no se utiliza.</p>	<p>El límite máximo del beneficio de asignación es de \$60 cada trimestre para determinados medicamentos de venta libre y otros productos relacionados con la salud, que figuran en el catálogo de medicamentos OTC.</p> <p>Todo beneficio no utilizado no se transferirá al siguiente trimestre en 2024.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Categorías de servicios cubiertos por Medicare dentro de la red a los que se aplica el deducible del plan dentro de la red	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios adicionales de telesalud • Servicios de ambulancia aérea • Servicios del Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC) • Enemas de bario • Servicios de rehabilitación cardíaca • Servicios de quiropráctica • Servicio dental integral • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Suministros y servicios para diabéticos • Procedimientos de diagnóstico/Pruebas/Servicios de laboratorio • Servicios de radiología diagnóstica • Servicios de diálisis • Exámenes rectales digitales • Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) • Electrocardiograma después de la primera consulta • Exámenes de la vista • Anteojos • Pruebas de detección de glaucoma 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios adicionales de telesalud • Servicios de ambulancia aérea • Servicios del Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC) • Enemas de bario • Servicios de rehabilitación cardíaca • Servicios de quiropráctica • Servicio dental integral • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Suministros y servicios para diabéticos • Procedimientos de diagnóstico/Pruebas/Servicios de laboratorio • Servicios de radiología diagnóstica • Servicios de diálisis • Exámenes rectales digitales • Equipo médico duradero (DME) • Electrocardiograma después de la primera consulta • Exámenes de la vista • Anteojos • Pruebas de detección de glaucoma

Categorías de servicios cubiertos por Medicare dentro de la red a los que se aplica el deducible del plan dentro de la red (continuación)

- Servicios de ambulancia terrestre
- Exámenes de la audición
- Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva
- Servicios de educación sobre enfermedades renales
- Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare
- Servicios especializados de salud mental
- Servicios de observación
- Servicios del programa de tratamiento con opioides
- Otros profesionales de atención médica
- Servicios ambulatorios de hematología
- Servicios de hospital para pacientes ambulatorios
- Servicios ambulatorios relativos al abuso de sustancias
- Servicios ambulatorios de radiología
- Hospitalización parcial
- Servicios de especialistas médicos
- Servicios de podología
- Servicios médicos de atención primaria
- Suministros protésicos/médicos
- Servicios de psiquiatría
- Servicios de rehabilitación pulmonar
- SET para servicios PAD
- Servicios de radiología terapéutica
- Servicios de ambulancia terrestre
- Exámenes de la audición
- Servicios de atención médica a domicilio
- Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva
- Servicios de educación sobre enfermedades renales
- Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare
- Servicios especializados de salud mental
- Servicios de observación
- Servicios de terapia ocupacional
- Servicios del programa de tratamiento con opioides
- Otros profesionales de atención médica
- Servicios ambulatorios de hematología
- Servicios de hospital para pacientes ambulatorios
- Servicios ambulatorios relativos al abuso de sustancias
- Servicios ambulatorios de radiología
- Hospitalización parcial
- Servicios de fisioterapia y patología del habla y del lenguaje
- Servicios de especialistas médicos
- Servicios de podología
- Servicios médicos de atención primaria

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Suministros protésicos/médicos • Servicios de psiquiatría • Servicios de rehabilitación pulmonar • SET para servicios PAD • Servicios de radiología terapéutica

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en 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” en formato electrónico.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que pueden incluir la inclusión o exclusión de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o cambios en el nivel de costos compartidos de ciertos medicamentos.

Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción, o si su medicamento cambió de nivel de costo compartido.

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos al comenzar el año. Sin embargo, a lo largo del año, podríamos realizar otros cambios que están permitidos bajo las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar inmediatamente los medicamentos considerados inseguros por la FDA o aquellos retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o ver la posibilidad de encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de sus medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D podría no

aplicar en su caso. Le enviamos un adjunto por separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben la Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también llamada Cláusula adicional del plan de Subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe la “Ayuda Adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2023, llame a Servicios para Miembros y pida la Cláusula adicional LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información muestra los cambios en las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la etapa de periodo sin cobertura o la etapa de cobertura para catástrofes).

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajeros.</p>	El deducible es de \$505.	El deducible es de \$545.

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Consulte el siguiente cuadro para conocer los cambios de 2023 a 2024.

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga el costo compartido de sus medicamentos y usted paga su</p>	<p>El costo de un suministro para un mes en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga 25 % del costo</p>	<p>El costo de un suministro para un mes en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga 25 % del costo</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
costo compartido.	total.	total.
La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.	Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la etapa de período sin cobertura).	Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.
Los costos de esta fila corresponden a un suministro para un mes (31 días) cuando se surte la receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar.		Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la etapa de período sin cobertura).
Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo; o para las recetas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i> .		

Cambios en la etapa de período sin cobertura en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas (la etapa de período sin cobertura y la etapa de cobertura para en situaciones catastróficas) son para personas que tienen altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la etapa de período sin cobertura o la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

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

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Formas de pagar las primas del plan.	Puede pagar la prima de su plan con cheque, transferencia electrónica de fondos (EFT), o deducción automática del monto de la prima de su cheque mensual del Seguro Social.	Puede pagar la prima de su plan con cheque, o deducción automática del monto de la prima de su cheque mensual del Seguro Social.
Hubo un cambio en el número de teléfono para servicio al cliente, determinaciones de organizaciones, apelaciones de la Parte C y quejas de la Parte C.	El número de teléfono para servicio al cliente, determinaciones de organizaciones, apelaciones de la Parte C y quejas de la Parte C es 1-800-405-9681. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).	El número de teléfono para servicio al cliente, determinaciones de organizaciones, apelaciones de la Parte C y quejas de la Parte C es 1-833-471-8447. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447).
El método de envío de las solicitudes de pago de gastos médicos ha cambiado	Las solicitudes de pago de gastos médicos pueden enviarse por fax al 1-888-918-2990.	Enviar las solicitudes de pago de gastos médicos por correo a: TIHP Calimas PO Box 981733 El Paso, TX 79998

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir**Sección 3.1 – Si desea permanecer en Texas Independence Health Plan**

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan o cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Texas Independence Health Plan.

Sección 3.2 – Si desea cambiarse de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si quiere cambiar de plan para 2024 siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare
- *O--* puede cambiar a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre la posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

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), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la Sección 5) o llame a Medicare (vea la Sección 7.2).

Pasó 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de Texas Independence Health Plan.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de Texas Independence Health Plan.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja. Comunicarse con Servicios para Miembros si necesita más información para saber cómo hacerlo.
 - También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan

Si quiere cambiarse de plan o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo **del 15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2024.

¿Se puede hacer un cambio en otro momento del año?

En determinadas situaciones, también se pueden hacer cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las personas que reciben "Ayuda Adicional" para

pagar sus medicamentos, quienes tienen o dejan la cobertura del empleador y aquellas personas que se mudan fuera del área de servicio.

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

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

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP, por sus siglas en inglés).

Se trata de un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a las personas con Medicare. Los asesores del Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder a sus preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) al 800-252-9240. Puede obtener más información sobre el Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) visitando el sitio web en www.hhs.texas.gov/services/health/medicare.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede ser elegible para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán un periodo sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Para saber 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;
 - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - A la oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.** Texas tiene un programa llamado Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) de Texas THMP que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades económicas, su edad o su estado de salud. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.

- **Asistencia para los costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas que tienen VIH/SIDA y son elegibles para ADAP tengan acceso a los medicamentos contra el VIH. Las personas deben cumplir ciertos criterios, como prueba de residencia en el Estado y de su estatus de VIH, bajos ingresos según los define el estado y el estatus de no asegurado o subasegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Texas Independence Health Plan

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-471-8447 (solo TTY, llame al 1-833-414-8447). Estamos disponibles para 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 gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura*2024 (incluye detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2024* para Texas Independence Health Plan. 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 obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en www.txindependencehealthplan.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede acceder a nuestro sitio web en www.txindependencehealthplan.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 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 (www.medicare.gov). Contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones por estrellas de la 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*2024

Lea el manual *Medicare y Usted*2024. Cada otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como 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 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.