

El plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA (HMO-POS) es ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (plan Care Plus)

# Notificación Anual de Cambios para el 2024

Usted está actualmente inscrito como miembro del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios de nuestro plan. **Consulte la página 4 para ver un resumen de costos importantes, incluidas las primas.**

Este documento le informa sobre los cambios a su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la **Evidencia de Cobertura**, que encontrará en nuestro sitio web **kp.org**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos la **Evidencia de Cobertura** por correo.

**Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

## Qué debe hacer ahora

### 1. Pregunte: ¿Cuáles cambios se aplican en su caso?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para averiguar si le afectan.
  - ◆ Revise los cambios a los costos de la atención médica (médico, hospital).
  - ◆ Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - ◆ Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en nuestra “Lista de Medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma en la actualidad aún tengan cobertura.
- Verifique para consultar si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, formarán parte de nuestra red el próximo año.
- Piense en si está satisfecho con nuestro plan.

### 2. Compare: Obtenga más información sobre otras opciones de planes.

- Revise la cobertura y los costos del plan en su área. Utilice el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web **www.medicare.gov/plan-compare** o revise la lista en la parte trasera de su manual de **Medicare y Usted** para el 2024.
- Una vez que delimite sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

H2172\_23\_37\_M

PBP #: 013

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

**3. Elija:** Decida si quiere o no cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus.
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiar de plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre**. Su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2024. Esto finalizará su inscripción en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus.
- Si se mudó recientemente a una institución, o vive en una o se fue de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin otro plan con cobertura para medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de manera gratuita en inglés. Para obtener información adicional, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible de manera gratuita en español. Para obtener información adicional, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536**. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada no tiene costo.
- Este documento está disponible en braille o letra grande; si lo necesita así, llame a Servicio a los Miembros.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, 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.

**Acercas del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus**

- Kaiser Permanente es un plan HMO-POS que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Plan de Salud). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus.

# Notificación Anual de Cambios para el 2024

## Índice

<b>Resumen de costos importantes para 2024 .....</b>	<b>4</b>
<b>Sección 1 — Cambios en los beneficios y costos del próximo año.....</b>	<b>6</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	6
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo .....	7
Sección 1.3 – Cambios en los proveedores y en las farmacias de la red .....	7
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos .....	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	10
<b>Sección 2 — Cambios administrativos .....</b>	<b>13</b>
<b>Sección 3 — Cómo decidir qué plan elegir.....</b>	<b>13</b>
Sección 3.1 – Si desea permanecer en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus .....	13
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan .....	14
<b>Sección 4 — Fecha límite para cambiar de plan .....</b>	<b>14</b>
<b>Sección 5 — Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre     Medicare .....</b>	<b>15</b>
<b>Sección 6 — Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....</b>	<b>15</b>
<b>Sección 7 — ¿Tiene alguna pregunta? .....</b>	<b>16</b>
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de nuestro plan .....	16
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	16

## Resumen de costos importantes para 2024

En la siguiente tabla se comparan los costos del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus en varias áreas importantes para el 2023 y el 2024. **Tenga en cuenta que este solo es un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> *Su prima podría ser mayor o menor que este monto. (Para más datos, consulte la Sección 1.1).	\$30*	\$30*
<b>Monto de gastos máximos de su bolsillo</b> Este es el <b>monto máximo</b> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para más datos, consulte la Sección 1.2).	\$6,500	\$6,500
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Consultas de atención primaria: <b>\$10</b> por consulta.  Consultas a un especialista: <b>\$40</b> por consulta.	Consultas de atención primaria: <b>\$5</b> por consulta.  Consultas a un especialista: <b>\$40</b> por consulta.
<b>Hospitalizaciones</b>	Por cada admisión hospitalaria, <b>\$250</b> por día para los primeros <b>5</b> días.	Por cada admisión hospitalaria, <b>\$250</b> por día para los primeros <b>5</b> días.
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Para más datos, consulte la Sección 1.5).	Deducible: <b>\$0</b> Costo compartido preferido durante la <b>Etapa de cobertura inicial</b> (suministro de hasta 30 días):  Nivel de medicamento 1: <b>\$3</b> Nivel de medicamento 2: <b>\$12</b>	Deducible: <b>\$0</b> Costo compartido preferido durante la <b>Etapa de cobertura inicial</b> (suministro de hasta 30 días):  Nivel de medicamento 1: <b>\$3</b> Nivel de medicamento 2: <b>\$12</b>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>Nivel de medicamento 3: <b>\$45</b>                      Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamento 4: <b>\$100</b>                      Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamento 5: <b>33 %</b>                      Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamento 6: <b>\$0</b></p>	<p>Nivel de medicamento 3: <b>\$45</b> Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamento 4: <b>\$100</b>                      Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamento 5: <b>33 %</b>                      Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamento 6: <b>\$0</b></p>
	<p><b>Cobertura para catástrofes:</b>                      En esta etapa de pago, nuestro plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos cubiertos.                      Por cada receta médica, usted paga un coseguro del <b>5 %</b> para medicamentos genéricos y de</p>	<p><b>Cobertura para catástrofes:</b>                      Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. <b>Usted no paga nada.</b></p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	marca de la Parte D y \$0 para vacunas inyectables cubiertas de la Parte D.	

## Sección 1 — Cambios en los beneficios y costos del próximo año

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Prima mensual sin beneficios suplementarios opcionales</b> (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$30	\$30
<b>Prima mensual con beneficios suplementarios opcionales</b> Una de estas primas del plan se aplica en su caso solo si está inscrito en uno o ambos de nuestros paquetes de beneficios suplementarios opcionales. (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).		
<b>Advantage Plus – Opción 1</b>	\$50	\$48
<b>Advantage Plus – Opción 2</b>	No está disponible.	\$53
<b>Ambas Opciones de Advantage Plus</b>	No está disponible.	\$71

- Su prima mensual del plan será **mayor** si debe pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D de por vida por permanecer sin una cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada cobertura acreditable) durante 63 días o más.

- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar directamente al gobierno un monto mensual adicional por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será **menor** si está recibiendo “Beneficio Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 sobre el “Beneficio Adicional” de Medicare.

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

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto de gastos de bolsillo para el año. Este límite se llama monto máximo de gastos de bolsillo. En cuanto llegue a esta cantidad, por lo general, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B (y otros servicios de atención para la salud que no cubre Medicare según se describe en el Capítulo 4 de la **Evidencia de Cobertura**) el resto del año.

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (el próximo año)</b>
<b>Monto de gastos máximos de su bolsillo</b> Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como los copagos) cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. La prima y los costos por medicamentos recetados de su plan no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.	<b>\$6,500</b>	<b>\$6,500</b> Una vez que haya pagado \$6,500 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B (así como por algunos servicios de atención para la salud que no cubre Medicare), no pagará nada por estos servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

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

Encontrará directorios actualizados en nuestro sitio web en [kp.org/directory](http://kp.org/directory). También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o para pedirnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo dentro de los tres días hábiles.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Consulte nuestro Directorio de Proveedores de 2024 para averiguar si sus proveedores (proveedor de atención médica primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. **Consulte el Directorio de Farmacias de 2024 para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que en el curso del año podríamos cambiar los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan. Si un cambio en sus proveedores a mediados de año le afecta, llame a Servicio a los Miembros para que podamos ayudarle.

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

Estamos haciendo cambios a los costos y beneficios para ciertos servicios médicos el próximo año. Estos cambios se describen a continuación.

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (el próximo año)</b>
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>	Usted paga <b>\$40</b> por consulta.	Usted paga <b>\$30</b> por consulta.
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Usted paga <b>\$10</b> por consulta.	Usted paga <b>\$5</b> por consulta.
<b>Departamento de Emergencias</b>	Usted paga <b>\$95</b> por consulta.	Usted paga <b>\$100</b> por consulta.
<b>Cuidados paliativos en el hogar</b> Los servicios que no están cubiertos por Medicare en el hogar se brindan como cuidados paliativos para aliviar los síntomas de los miembros con enfermedades terminales y una esperanza de vida de entre 7 y 12 meses. Los servicios incluyen apoyo de cuidados paliativos interdisciplinarios no cubiertos por Medicare de médicos, enfermeros y otros profesionales clínicos de salud que brindan servicios en el hogar.	No está cubierto.	Usted paga <b>\$0</b> .
<b>Pruebas e imágenes diagnósticas para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultrasonidos.</li> </ul>	Usted paga <b>\$100</b> por procedimiento.	Usted paga <b>\$15</b> por procedimiento.
<b>hospitalización parcial</b>	Usted paga <b>\$10</b> por día.	Usted paga <b>\$5</b> por día.
<b>Visitas al consultorio de atención primaria</b>	Usted paga <b>\$10</b> por consulta.	Usted paga <b>\$5</b> por consulta.



<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (el próximo año)</b>
Incluye visitas para exámenes de los ojos por parte de un optometrista.		
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>	Usted paga <b>\$20</b> por consulta.	Usted paga <b>\$15</b> por consulta.
<b>Atención en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled nursing facility, SNF)</b>	Por período de beneficios, paga <b>\$0</b> diarios en los días <b>1-20</b> y <b>\$196</b> diarios en los días <b>21-100</b> .	Por período de beneficios, paga <b>\$0</b> diarios en los días <b>1-20</b> y <b>\$203</b> diarios en los días <b>21-100</b> .
<b>Advantage Plus opción 2 (beneficios adicionales opcionales)</b> Este cambio solo se aplica a los miembros que se han inscrito en beneficios suplementarios opcionales, llamados Advantage Plus opción 2, por una prima mensual adicional. Consulte la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, <b>EOC</b> ) para obtener detalles sobre qué servicios dentales están cubiertos en ambos paquetes Advantage Plus.	<b>No está cubierto.</b>	<b>Cubierto.</b> Tiene la opción de inscribirse en Advantage Plus opción 2, o en Advantage Plus opción 1 y Advantage Plus opción 2, por una prima mensual adicional.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios dentales integrales</li> </ul>	<b>No está cubierto.</b>	<b>Cubierto.</b> Cuando se inscribe en Advantage Plus opción 2, se le agrega un límite de beneficio anual adicional de <b>\$1,000</b> al límite de beneficio anual estándar dentro de la red, lo que da como resultado un límite anual combinado dentro de la red de <b>\$2,000</b> .  Usted paga <b>50 % de coseguro</b> para atención dental integral hasta que el plan haya pagado <b>\$2,000 (límite anual de beneficios)</b>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
		<p><b>combinados</b>). Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$2,000 para la atención dental integral, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Cuando se inscribe en Advantage Plus opción 1 y opción 2, su beneficio dental estándar aumenta y da como resultado un límite anual de beneficios combinados de \$2,500.</p>

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

### Cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Lista de medicamentos recetados disponibles o “Lista de Medicamentos”. Puede consultar electrónicamente una copia de nuestra Lista de Medicamentos en [kp.org/seniorrx](https://kp.org/seniorrx).

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 moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Consulte nuestra “Lista de Medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para consultar si habrá alguna restricción, o si su medicamento ha sido movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en nuestra “Lista de Medicamentos” son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare a lo largo del año. Por ejemplo, podemos quitar inmediatamente medicamentos que la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) considere peligrosos o que los fabricantes retiren del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de Medicamentos” en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

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

**Cambios en los costos de los medicamentos recetados**

**Importante:** Si participa en un programa que ofrece ayuda para pagar sus medicamentos (“Beneficio Adicional”), **la información de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso.** Le enviaremos un anexo por separado llamado **Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Beneficio Adicional para sus medicamentos recetados** (conocida también como Cláusula de subsidio de bajos ingresos o la Cláusula LIS) en el cual se explican los costos de sus medicamentos. Si recibe “Beneficio Adicional” y no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre de 2023, por favor llame a Servicio a los Miembros y solicite la Cláusula LIS.

Hay cuatro **etapas de pagos de medicamentos**. En la información a continuación, se muestran los cambios para 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 del Período de Intervalo en la Cobertura o la Etapa de Cobertura para Catástrofes).

**Cambios en la Etapa de deducible**

<b>Etapa</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (el próximo año)</b>
<b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b>	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.

**Cambios en su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial**

<b>Etapa</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (el próximo año)</b>
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b></p> <p>En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponda y <b>usted paga la suya.</b></p> <p>Los costos que aparecen en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surte su receta médica en una farmacia de la red. Si desea información sobre los costos de un suministro a largo plazo o sobre el envío por correo postal de medicamentos recetados, vea la Sección 5 del</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1, Medicamentos genéricos preferidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$3</b> por receta médica.</li> <li>• Costo compartido estándar: Usted paga <b>\$10</b> por receta médica.</li> </ul> <p><b>Nivel 2, Medicamentos genéricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$12</b> por receta médica.</li> <li>• Costo compartido estándar: Usted paga <b>\$20</b> por receta médica.</li> </ul>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1, Medicamentos genéricos preferidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$3</b> por receta médica.</li> <li>• Costo compartido estándar: Usted paga <b>\$10</b> por receta médica.</li> </ul> <p><b>Nivel 2, Medicamentos genéricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$12</b> por receta médica.</li> <li>• Costo compartido estándar: Usted paga <b>\$20</b> por receta médica.</li> </ul>

<b>Etapa</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (el próximo año)</b>
<p><b>Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.</b></p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos”. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, consulte nuestra “Lista de Medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p><b>Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$45</b> por receta médica. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Costo compartido estándar: Usted paga <b>\$47</b> por receta médica. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p><b>Nivel 4, Medicamentos de marca no preferidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$100</b> por receta médica. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Costo compartido estándar: Usted paga <b>\$100</b> por receta médica. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p><b>Nivel 5, Medicamentos especializados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga el <b>33 %</b> del costo total. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p><b>Nivel 6, Vacunas inyectables de la Parte D:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga <b>\$0</b> por receta médica.</li> </ul>	<p><b>Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$45</b> por receta médica. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Costo compartido estándar: Usted paga <b>\$47</b> por receta médica. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p><b>Nivel 4, Medicamentos no preferidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$100</b> por receta médica. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Costo compartido estándar: Usted paga <b>\$100</b> por receta médica. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p><b>Nivel 5, Medicamentos especializados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga el <b>33 %</b> del costo total. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p><b>Nivel 6, Vacunas inyectables de la Parte D:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga <b>\$0</b> por receta médica.</li> </ul>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	En cuanto sus costos totales por medicamentos equivalgan a <b>\$4,660</b> , pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período de intervalo en la cobertura).	En cuanto sus costos totales por medicamentos equivalgan a <b>\$5,030</b> , pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período de intervalo en la cobertura).

### Cambios en las Etapas del Periodo de Intervalo en la Cobertura y de Cobertura para Catástrofes

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura y la Etapa de Cobertura para Catástrofes) son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura o la Etapa de Cobertura para Catástrofes.**

**A partir de 2024, si alcanza su Etapa de Cobertura para Catástrofes, 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 la **Evidencia de Cobertura**.

## Sección 2 — Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Servicios dentales</b> Consulte la <b>Evidencia de Cobertura</b> para obtener detalles sobre exclusiones, limitaciones y qué servicios dentales están cubiertos.	Para obtener una lista de proveedores participantes de Dominion National, visite <b>DominionNational.com/kaiserdentists</b> o llame al <b>1-855-733-7524</b> (los usuarios de TTY deben llamar al <b>711</b> ), de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6 p. m.	Para obtener una lista de proveedores participantes de Liberty Dental Plan, visite <b>www.libertydentalplan.com/kaiserdentists</b> o llame al <b>1-888-650-1859</b> (los usuarios de TTY deben llamar al <b>711</b> ), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

## Sección 3 — Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 – Si desea permanecer en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus

**No necesita hacer nada si desea quedarse en nuestro plan.** Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, seguirá inscrito automáticamente como miembro del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus.

**1-888-777-5536 (TTY 711)**, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.

## Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

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

### Paso 1: Infórmese más y compare sus opciones

- Puede afiliarse a otro plan de salud de Medicare.
- O puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible penalización por inscripción tardía en la Parte D.

Si desea información adicional sobre el plan Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual **Medicare y Usted** para el 2024, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, Kaiser Permanente ofrece otros planes de salud de Medicare. Dichos planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y montos de costos compartidos.

### Paso 2: Cambie su cobertura

- Si desea **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en un plan nuevo. Se cancelará automáticamente su membresía en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus.
- Si desea **cambiar al plan Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su membresía en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus.
- Si desea **cambiar al plan Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, puede:
  - ◆ Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Llame a Servicio a los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - ◆ O comunicarse con **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

## Sección 4 — Fecha límite para cambiar de plan

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

### ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, se permiten cambios en otros períodos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Beneficio Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o están abandonando la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

**1-888-777-5536 (TTY 711)**, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.

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

Si se mudó recientemente a una institución, o vive en una o se fue de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin la cobertura para medicamentos de venta con receta médica de Medicare) o a Original Medicare (con o sin otro plan con cobertura para medicamentos de venta con receta médica de Medicare) en cualquier momento.

## **Sección 5 — Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare**

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno independiente que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Virginia, el SHIP se llama Virginia Insurance Counseling and Assistance Program.

Es un programa estatal que obtiene financiamiento del gobierno federal y que ofrece asesoramiento **sin costo** sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Virginia Insurance Counseling and Assistance Program pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Asistencia de Seguros de Virginia al **1-800-552-3402 (TTY 711)**. Puede obtener más información sobre el Programa de Asesoramiento y Asistencia de Seguros de Virginia visitando su sitio web ([www.vda.virginia.gov](http://www.vda.virginia.gov)).

## **Sección 6 — Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados**

Usted podría reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, mencionamos diferentes tipos de ayuda:

- **" Beneficio Adicional" de Medicare.** Es posible que las personas con bajos ingresos reúnan los requisitos para obtener "Beneficio Adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán un período de intervalo en la cobertura ni una penalización por inscripción tardía. Para saber si cumple con los requisitos, 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** 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 del día. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.
  - ◆ su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).

**1-888-777-5536 (TTY 711)**, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.

- **Asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados para las personas con VIH o SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas con VIH o SIDA que califican para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos conforme a la definición del estado y sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para la asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados por medio del ADAP de Virginia.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al **1-855-362-0658**.

## Sección 7 — ¿Tiene alguna pregunta?

### Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de nuestro plan

¿Tiene alguna pregunta? Estamos listos para ayudarle. Llame a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536**. (Para los usuarios de TTY, llame al **711**). Atendemos las llamadas telefónicas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Esta **Notificación Anual de Cambios** le ofrece un resumen de los cambios en los beneficios y costos que hará su plan para el 2024. Para más información, consulte la **Evidencia de Cobertura** para el 2024 de nuestro plan. La **Evidencia de Cobertura** es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que necesita seguir cuando use su cobertura para recibir servicios cubiertos y obtener medicamentos recetados. Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en **kp.org/eocmasma**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos la **Evidencia de Cobertura** por correo.

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

También puede visitar nuestro sitio web, **kp.org**. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (**Directorio de Proveedores**) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos recetados disponibles/Lista de Medicamentos).

### Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Si desea 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**.

**1-888-777-5536 (TTY 711)**, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.



**Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Contiene información sobre el costo, la cobertura y las clasificaciones de calidad con estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite el sitio [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

**Lea el manual Medicare y Usted 2024**

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

**Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Medicare Advantage**

<b>Método</b>	<b>Servicio a los miembros - información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	<b>1-888-777-5536</b> Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablen inglés.
<b>TTY</b>	<b>711</b> Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
<b>CORREO POSTAL</b>	Kaiser Permanente Servicio a los Miembros Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736
<b>SITIO WEB</b>	<b>kp.org</b>