

Provider Partners Illinois Advantage Plan (HMO I-SNP) ***es ofrecido por Provider Partners Health Plans***

Aviso anual de cambios para el año 2024

Actualmente, está inscrito como miembro de *Provider Partners Illinois Advantage Plan*. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 para ver un Resumen de costos importantes, incluida la prima.***

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

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

Qué debe hacer ahora

1. PREGÚNTESE: Qué cambios le afectan a usted

- Revise los cambios a los beneficios y los costos del plan para saber si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente continúen estando cubiertos.
- Compruebe que sus médicos de cuidado primario, especialistas, hospitales y demás proveedores de servicios médicos, incluidas las farmacias, continúen en nuestra red el próximo año.
- Pregúntese si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise qué coberturas y qué costos de planes existen en el área donde usted reside. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y Usted 2024*.

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

3. **ELIJA:** Decida si se cambia de plan

- Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2023, permanecerá en *Provider Partners Illinois Advantage Plan*.
- *Para cambiarse a un **plan diferente**, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.*

Recursos adicionales

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

Acerca de *Provider Partners Illinois Advantage Plan*

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

Y0135_ILADANOC24_M

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

| | | |
|---|--|-----------|
| Resumen de costos importantes para el año 2024 | | 4 |
| SECCIÓN 1 | A menos que elija otro plan, quedará automáticamente inscrito en <i>Provider Partners Illinois Advantage Plan</i> para 2024 | 7 |
| SECCIÓN 2 | Cambios en los beneficios y costos para el próximo año | 7 |
| | Sección 2.1.: Cambios en la prima mensual | 7 |
| | Sección 2.2.: Cambios en su cantidad máxima de gasto de su bolsillo | 7 |
| | Sección 2.3.: Cambios en las redes de proveedores y farmacias | 8 |
| | Sección 2.4.: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos | 8 |
| | Sección 2.5.: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D | 11 |
| SECCIÓN 3 | Cambios administrativos | 14 |
| SECCIÓN 4 | Cómo decidir qué plan elegir | 16 |
| | Sección 4.1.: Si quiere quedarse en <i>Provider Partners Illinois Advantage Plan</i> | 16 |
| | Sección 4.2.: Si decide cambiar de plan | 16 |
| SECCIÓN 5 | Fecha límite para cambiar de plan | 17 |
| SECCIÓN 6 | Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare | 17 |
| SECCIÓN 7 | Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta | 18 |
| SECCIÓN 8 | ¿Tiene preguntas? | 18 |
| | Sección 8.1.: Obtener ayuda de <i>Provider Partners Illinois Advantage Plan</i> | 18 |
| | Sección 8.2.: Cómo obtener ayuda de Medicare | 19 |

Resumen de costos importantes para el año 2024

La siguiente tabla compara en varias áreas importantes los costos del año 2023 con los del año 2024 de *Provider Partners Illinois Advantage Plan*. **Tenga presente que este es solamente un resumen de costos.**

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|--|--|
| Prima mensual del plan* * Es posible que el costo de la prima sea mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 2.1 para obtener más información. | \$27.40 | \$32.80 |
| Deducible | \$226 | \$226 excepto por la insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero |
| Máximo de gastos de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más información). | \$8,300 | \$8,850 |
| Visitas al consultorio médico | Visitas de cuidado primario: 20 % del costo total por visita Visitas a un especialista: 20 % del costo total por visita | Visitas de cuidado primario: 20 % del costo total por visita Visitas a un especialista: 20 % del costo total por visita |
| Estadías en el hospital como paciente hospitalizado | Deducible de \$1,600 por cada período de beneficios. Días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios. | Deducible de \$1,632 por cada período de beneficios. Días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios. |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-------|---|---|
| | <p><i>Días 61 a 90: \$400 de copago por día de cada período de beneficios.</i></p> <p><i>Día 91 en adelante: \$800 de copago por cada “día de reserva una vez en la vida” después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días en toda su vida).</i></p> <p><i>Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos.</i></p> | <p><i>Días 61 a 90: \$408 de copago por día de cada período de beneficios.</i></p> <p><i>Día 91 en adelante: \$816 de copago por cada “día de reserva una vez en la vida” después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días en toda su vida).</i></p> <p><i>Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos.</i></p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).</p> | <p>Deducible: \$505 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. <i>Coseguro según corresponda</i> durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: <i>25 % del costo total</i> <p>Etapa de cobertura de gastos médicos mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. Por cada medicamento con receta, usted paga lo que sea mayor: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina coseguro), o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos). | <p>Deducible: \$545 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. <i>Coseguro según corresponda</i> durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: <i>25 % del costo total</i> Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <p>Etapa de cobertura de gastos médicos mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. |

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, quedará automáticamente inscrito en *Provider Partners Illinois Advantage Plan* para 2024

Si no ha hecho nada hasta el 7 de diciembre de 2023, lo inscribiremos automáticamente en *Provider Partners Illinois Advantage Plan*. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de *Provider Partners Illinois Advantage Plan*. Si desea cambiar de plan o cambiar a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, quizás pueda cambiarse de plan en otro momento.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1.: Cambios en la prima mensual

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare). | \$27.40 | \$32.80 |

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

Sección 2.2.: Cambios en su cantidad máxima de gasto de su bolsillo

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

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|-----------------|---|
| Máximo de gastos de su bolsillo | \$8,300 | \$8,850 |
| Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos y deducibles) se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. | | Una vez que haya pagado \$8,850 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario. |

Sección 2.3.: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Encuentre directorios actualizados en nuestro sitio web www.pphealthplan.com. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, lo que haremos en un plazo de tres días hábiles.

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

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. **Consulte el *Directorio de farmacias 2024* para conocer las farmacias que integran nuestra red.**

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

Sección 2.4.: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|--|--|
| <i>Servicios adicionales de telesalud</i> | <i>Los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare no estaban cubiertos por los Beneficios de servicios adicionales de telesalud.</i> | <i>Usted paga un coseguro del 20 % por los beneficios cubiertos por Medicare que pueden tener beneficios adicionales de telesalud disponibles: Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.</i> |
| <i>Deducible</i> | <i>El deducible dentro de la red <u>no</u> se aplica a todos los servicios del plan cubiertos por Medicare dentro de la red.</i> | <i>El deducible dentro de la red se aplica a todos los servicios del plan cubiertos por Medicare dentro de la red.</i> |
| <i>Servicios dentales</i> | <i>Usted paga \$0 de copago por 1 examen bucal, 1 profilaxis, 1 tratamiento con flúor, 1 juego de radiografías dentales, con una asignación máxima de beneficios de \$1,500 por año para servicios dentales preventivos e integrales combinados.</i> | <i>Usted paga \$0 de copago por 2 exámenes bucales, 2 profilaxis, 2 tratamientos con flúor, 2 juegos de radiografías dentales, con una asignación máxima de beneficios de \$3,000 por año para servicios dentales preventivos e integrales combinados.</i> |
| <i>Suministros y servicios para diabéticos, y zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos</i> | <i>No es necesario pedir autorización previa.</i> | <i>Para gastos facturados por más de \$750 se requiere autorización previa.</i> |
| <i>Servicios para emergencias</i> | <i>Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$95) por consulta.</i> | <i>Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$100) por consulta.</i> |
| <i>Servicios de especialistas en salud mental</i> | <i>No es necesario pedir autorización previa.</i> | <i>Se requiere autorización previa.</i> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|--|
| Medicamentos recetados de la parte B de Medicare y medicamentos para infusión domiciliaria | <i>Usted paga el 20 % del costo total de los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y de los medicamentos de infusión a domicilio.</i> | <i>Puede pagar entre el 0 % y el 20 % por los medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare y los medicamentos de la Parte B de Medicare. Puede pagar entre un 0 % y un 20 % del costo total (con un máximo de \$35) por la insulina al mes.</i> |
| Servicios de terapia ocupacional | <i>No es necesario pedir autorización previa.</i> | <i>Se requiere autorización previa.</i> |
| Diagnóstico de pacientes ambulatorios y servicios radiológicos terapéuticos | <i>Se requiere autorización previa para una tomografía de medicina nuclear.</i> | <i>Se requiere autorización previa para una tomografía de medicina nuclear. No se requiere autorización previa para servicios de tomografías computarizadas y resonancias magnéticas. Si se realizan varios servicios en el mismo lugar el mismo día, deberá pagar por servicio.</i> |
| Productos de venta sin receta (OTC) | <i>Limitado a una asignación de \$50 cada trimestre para medicamentos específicos sin receta y otros productos relacionados con la salud que figuran en el catálogo de productos de venta sin receta.</i> | <i>Limitado a una asignación de \$230 cada trimestre para medicamentos específicos sin receta y otros productos relacionados con la salud que figuran en el catálogo de productos de venta sin receta.</i> |
| Servicios psiquiátricos | <i>No es necesario pedir autorización previa.</i> | <i>Se requiere autorización previa.</i> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|---|
| <i>Servicios de transporte</i> | <i>Se aplica un beneficio de asistencia médica al beneficio de transporte. Este beneficio le permite estar acompañado por un asistente médico durante el transporte si usted así lo decide.</i> | <i>El beneficio de asistencia médica <u>no</u> está cubierto.</i> |
| <i>Servicios requeridos de urgencia</i> | <i>Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$60) por consulta.</i> | <i>Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$55) por consulta.</i> |

Sección 2.5.: Cambios en la cobertura de 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”. Se proporciona una copia de nuestra “Lista de medicamentos” electrónicamente.

Realizamos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que pueden incluir la eliminación o inclusión de medicamentos, la modificación de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o su traslado a un nivel diferente de costo compartido. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para ver si tendrán alguna restricción, o si su medicamento pasó a otro nivel de costo compartido.**

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

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

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

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

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

Cambios a la etapa de deducible

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

Cambios en el costo compartido durante la Etapa de cobertura inicial

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|--|---|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague su deducible anual, usted pasará a la etapa de Cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p> <p>Los costos indicados en este renglón corresponden al suministro de un mes (30 días) si surte su receta en una farmacia de la red que proporciona un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas mediante el servicio de medicamentos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la Evidencia de cobertura.</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$4,660, usted pasará a la etapa siguiente (Etapa sin cobertura).</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga el 25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$5,030, usted pasará a la etapa siguiente (Etapa sin cobertura).</i></p> |

Cambios en la Etapa sin cobertura y a la Etapa de cobertura de gastos médicos mayores

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, es decir, la Etapa sin cobertura y la Etapa de cobertura de gastos médicos mayores, son para las personas con altos costos de medicamentos.

La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa sin cobertura y la Etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

Para obtener información específica sobre los costos que le corresponden a usted en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

| Descripción | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|--|--|
| <i>Cambio de dirección postal</i> | <i>Todo el correo se enviaba a Provider Partners Health Plans P.O Box 94290 Lubbock, TX 794793.</i> | <i>Todo el correo debe enviarse a Provider Partners Health Plans P.O. Box 21063 Eagan, MN 55121.</i> |
| <i>Cambio de dirección postal para la Parte D</i> | <p><i>Las decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D se deben enviar por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans 8921 Canyon Falls Blvd. Suite 100 Twinsburg, OH 44087</i></p> <p><i>Las apelaciones de la Parte D se deben enviar por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans 8921 Canyon Falls Blvd. Suite 100 Twinsburg, OH 44087 Attn: Appeals Department</i></p> | <p><i>Las decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D se deben enviar por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720</i></p> <p><i>Las apelaciones de la Parte D se deben enviar por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720 Attn: Appeals Department</i></p> |

| Descripción | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-------------|---|---|
| | <p><i>Las quejas/quejas formales de la Parte D se deben enviar por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans 8921 Canyon Falls Blvd. Suite 100 Twinsburg, OH 44087 Attn: Grievance Department Fax: 1-866-250-5178</i></p> | <p><i>Las quejas/quejas formales de la Parte D se deben enviar por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720 Attn: Grievance Department Fax: 1-877-503-7231</i></p> |
| | <p><i>Las solicitudes de pago de farmacia se deben enviar por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans 8935 Darrow Rd. P.O. Box 1208 Twinsburg, OH 44087</i></p> | <p><i>Las solicitudes de pago de farmacia se deben enviar por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720</i></p> |
| | <p><i>Los reclamos se deben enviar por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans 8921 Canyon Falls Blvd. Suite 100 Twinsburg, OH 44087</i></p> | <p><i>Los reclamos se deben enviar por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720</i></p> |
| | <p><i>Los reembolsos directos al miembro se deben enviar por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans 8935 Darrow Rd. P.O. Box 1208 Twinsburg, OH 44087 Attn: DMR Department</i></p> | <p><i>Los reembolsos directos al miembro se deben enviar por correo a: Elixir C/O Provider Partners Health Plans 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720 Attn: DMR Department</i></p> |

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1.: Si quiere quedarse en *Provider Partners Illinois Advantage Plan*

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

Sección 4.2.: Si decide cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

Paso 1: Sepa con qué opciones cuenta y compárelas

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

Si desea más información sobre Original Medicare y los distintos planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2). Como un recordatorio, *Provider Partners Health Plans, Inc.* ofrece otros planes de salud de Medicare. Es posible que haya diferencias en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos de esos otros planes.

Paso 2: Cambie su cobertura

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

SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan

Si el próximo año desea cambiarse a otro plan o a un plan Original Medicare, podrá hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2024, y no le agrada el plan que seleccionó, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2024.

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

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En *Illinois*, el SHIP se llama *Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores*.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a los beneficiarios de Medicare. Los consejeros del *Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores* pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender las opciones de su plan de Medicare, así como responder a preguntas para cambiar de planes. Puede llamar al *Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores* al 800-252-8966. Puede obtener más información sobre el *Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores* a través del sitio web <https://ilaging.illinois.gov/ship.html>.

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

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

- **Programa “Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda adicional con el fin de pagar sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta 75 % o más de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de sus medicamentos con receta. Además, aquellos que califican no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - a su Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda para el costo compartido de las recetas de las personas con VIH o sida.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos de participación en el programa ADAP y que viven con el VIH o sida tengan acceso a medicamentos contra el virus que salvan la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen un comprobante de residencia en su estado, su estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por el programa ADAP, califican para recibir asistencia con el costo compartido a través del *Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Illinois (ADAP)*. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese al 1-217-782-4977 o al 1-800-825-3518.

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1.: Obtener ayuda de *Provider Partners Illinois Advantage Plan*

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

Le recomendamos leer su *Evidencia de cobertura 2024* (contiene información detallada de los costos y beneficios para el próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* contiene un resumen de los cambios a los beneficios y costos para el año 2024. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* de *Provider Partners Illinois Advantage Plan*. La *Evidencia de cobertura* es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Podrá acceder a una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web: www.pphealthplan.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 8.2.: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (es.medicare.gov). En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad con estrellas para que pueda comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2024*

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