



Aviso anual de cambios para 2023

Oregón

Condados de Carson City, Churchill, Douglas, Lyon, Storey & Washoe

Saint Mary's ATRIO Select Rx (PPO)

1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Saint Mary's ATRIO Select Rx (PPO) ofrecido por Saint Mary's ATRIO Health Plans

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Saint Mary's ATRIO Select Rx (PPO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Consulte la página 4 para ver un resumen de costos importantes, incluyendo la prima.*

Este documento da información de los cambios del plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la *Evidencia de cobertura*, que está en nuestro sitio web, **saintmarysatrrio.com**. También puede llamar al Servicio al cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

- **Del 15 de octubre al 7 de diciembre puede hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluyendo los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense sobre cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que tome actualmente sigan estando cubiertos.
- Fíjese si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Considere si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de planes en su área. Use el buscador de planes de Medicare del sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que está en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2023*.
- Después de elegir un plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá en Saint Mary's ATRIO Select Rx.

- Para cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2023**. Esto terminará su inscripción en Saint Mary's ATRIO Select Rx.
- Si hace poco se mudó a una institución, o actualmente vive o se acaba de mudar de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Medicare original (con o sin un plan de Medicare medicamentos con receta por separado) en cualquier momento.

Más recursos

- Este documento está disponible, gratis, en español.
- Llame al número de nuestro Servicio al cliente al **1-877-672-8620** para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, de lunes a viernes.
- Este documento está disponible en formatos alternativos, como en letra grande.
- **La cobertura según este Plan califica como cobertura de salud elegible (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Saint Mary's ATRIO Select Rx

- ATRIO Health Plans tiene planes D-SNP PPO y HMO con contratos con Medicare y Oregon Health Plans. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento diga “nosotros,” “nos” o “nuestro,” significa Saint Mary's ATRIO Health Plans. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, significa Saint Mary's ATRIO Select Rx.

H7006_011_ANOC_2023_M

Archivo y uso 9/8/22 Aprobación de la OMB 0938-1051 (Vencimiento: 29 de febrero de 2024)

Aviso anual de cambios para 2023

Índice

| | |
|--|-----------|
| Resumen de los costos importantes para 2023 | 4 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo | 5 |
| Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual | 5 |
| Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo | 6 |
| Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias | 6 |
| Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos..... | 7 |
| Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | 18 |
| SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir..... | 21 |
| Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Saint Mary's ATRIO Select Rx | 21 |
| Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan..... | 21 |
| SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan | 22 |
| SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare | 22 |
| SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta | 22 |
| SECCIÓN 6 ¿Preguntas? | 23 |
| Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Saint Mary's ATRIO Select Rx..... | 23 |
| Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare | 24 |

Resumen de los costos importantes para 2023

En la tabla de abajo se comparan los costos de 2022 y de 2023 para Saint Mary's ATRIO Select Rx en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|--|--|
| Prima mensual del plan* * Es posible que su prima sea superior o inferior a esta cantidad. Vea la sección 1.1 para obtener más información. | \$20 | \$20 |
| Máximos de gastos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la sección 1.2 para obtener más información). | De proveedores de la red: \$3,500 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$5,000 | De proveedores de la red: \$3,400 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$5,450 |
| Visitas en el consultorio del médico | <u>Dentro de la red</u> Visitas de atención médica básica: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$20 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> Visitas de atención médica básica: \$50 de copago por visita Visitas a especialistas: \$50 de copago por visita | <u>Dentro de la red</u> Visitas de atención médica básica: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$20 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> Visitas de atención médica básica: \$50 de copago por visita Visitas a especialistas: \$50 de copago por visita |
| Estancia en el hospital como paciente hospitalizado | <u>Dentro de la red</u> \$100 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día a partir del día 6 <u>Fuera de la red</u> 50% de coseguro por estancia | <u>Dentro de la red</u> De \$0 a \$100 por día (el copago dependerá del hospital) <u>Fuera de la red</u> 50% de coseguro por estancia |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|--|---|
| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para obtener más información). | Deducible: \$0 Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$5 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$20 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$45 de copago • Nivel 4 de medicamentos: \$95 de copago • Nivel 5 de medicamentos: 33% de coseguro • Nivel 6 de medicamentos: \$0 de copago | Deducible: \$0 Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$12 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$35 de copago • Nivel 4 de medicamentos: \$100 de copago • Nivel 5 de medicamentos: 33% de coseguro • Nivel 6 de medicamentos: \$0 de copago |

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|-----------------|--------------------|
| Prima mensual (También tendrá que seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare) | \$20 | \$20 |

- La prima mensual del plan será *más alta* si debe pagar una penalización de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura válida”) por 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de Medicare de medicamentos con receta.
- Su prima mensual será más baja si recibe “Ayuda adicional” con los costos de los medicamentos con receta. Consulte la sección 7 sobre la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten cuánto paga usted “de su bolsillo” al año. Este límite se llama “máximo de gastos de bolsillo”. Una vez que haya alcanzado esa cantidad, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|-----------------|--|
| <p>Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) que prestan proveedores dentro de la red cuentan para el máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.</p> | \$3,500 | <p>\$3,400</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de proveedores dentro de la red durante el resto del año calendario.</p> |
| <p>Máximo combinado de gastos de bolsillo</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) que prestan proveedores dentro y fuera de la red cuentan para el máximo combinado de gastos de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos.</p> | \$5,000 | <p>\$5,450</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,450 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de proveedores dentro o fuera de la red por el resto del año calendario.</p> |

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Hay *Directorios actualizados* en nuestro sitio web en saintmarysatrrio.com (en la página de inicio, haga clic en *Find a Provider* [Encontrar un proveedor]). También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2023* para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2023* para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que, durante el año, hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y en las farmacias que forman parte de su plan. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con el Servicio al cliente 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 para determinados servicios médicos para el próximo año. La información de abajo describe estos cambios.

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|--|---|
| <p>Acupuntura para el dolor lumbar (Está cubierto por Medicare)</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga \$50 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.</p> |
| <p>Acupuntura (No está cubierto por Medicare)</p> | <p><u>Dentro de la red</u> No está cubierto</p> <p><u>Fuera de la red</u> No está cubierto</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por cada visita</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 30 visitas combinadas para acupuntura de mantenimiento y servicios quiroprácticos de mantenimiento cada año.</p> <p>Debe usar los proveedores de American Specialty Health para pagar costos compartidos dentro de la red para los servicios de acupuntura y los servicios quiroprácticos.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Servicios de ambulancia</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$250 de copago por cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$250 de copago por cada servicio de transporte aéreo de ida cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga \$250 de copago por cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$250 de copago por cada servicio de transporte aéreo de ida cubierto por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$300 de copago por cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$300 de copago por cada servicio de transporte aéreo de ida cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga \$300 de copago por cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$300 de copago por cada servicio de transporte aéreo de ida cubierto por Medicare.</p> |
| <p>Servicios de rehabilitación cardíaca (Está cubierto por Medicare)</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$10 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga 50% de coseguro por cada visita de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$5 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$5 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga 50% de coseguro por cada visita de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.</p> |
| <p>Servicios quiroprácticos (Está cubierto por Medicare)</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago por cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Servicios quiroprácticos (No está cubierto por Medicare)</p> | <p><u>Dentro de la red</u> No está cubierto</p> <p><u>Fuera de la red</u> No está cubierto</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por cada visita</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 30 visitas combinadas para acupuntura de mantenimiento y servicios quiroprácticos de mantenimiento cada año.</p> <p>Debe usar los proveedores de American Specialty Health para pagar costos compartidos dentro de la red para los servicios de acupuntura y los servicios quiroprácticos.</p> |
| <p>Servicios dentales (Está cubierto por Medicare)</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$45 de copago por cada visita de servicios dentales cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de servicios dentales cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por cada visita de servicios dentales cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de servicios dentales cubierta por Medicare.</p> |
| <p>Servicios dentales (Preventivos e integrales, sin cobertura de Medicare)</p> | <p>El plan da una asignación anual de \$1,000 para servicios dentales preventivos e integrales con cualquier proveedor, mediante una Flex Card.</p> | <p>El plan da una asignación anual de \$2,500 para servicios dentales preventivos e integrales con cualquier proveedor, mediante una Flex Card.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|--|---|
| <p>Servicios y suministros para diabéticos</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por plantillas o zapatos terapéuticos para la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por plantillas o zapatos terapéuticos para la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa para artículos de más de \$750. Límite de cantidad de 100 tiras reactivas y 100 lancetas por suministro para 90 días para personas que no sean insulino dependientes. Límite de cantidad de 300 tiras reactivas y 300 lancetas por suministro para 90 días para personas que sean insulino dependientes. 1 dispositivo para lancetas cada 6 meses para personas que sean insulino dependientes, y para las que no lo sean. 1 monitor continuo de glucosa cada 6 meses para personas que sean insulino dependientes, y para las que no lo sean. Se requiere autorización previa para las cantidades que superen este límite.</p> <p>No hay límites de fabricantes para servicios o suministros para diabéticos.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga 20% de coseguro por plantillas o zapatos terapéuticos para la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por plantillas o zapatos terapéuticos para la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa para artículos de más de \$750. Puede haber límites de cantidad.</p> <p>Los servicios y suministros para diabéticos están limitados a determinados fabricantes.</p> <p>Para tiras reactivas preferidas - One Touch de LifeScan o FreeStyle de Abbott.</p> <p>Sistemas preferidos de monitoreo continuo de la glucosa - FreeStyle Libre (Abbott) o Dexcom.</p> |
| <p>Servicios de emergencia</p> | <p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$90 de copago por cada visita de servicios de emergencia cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$125 de copago por cada visita de servicios de emergencia cubierta por Medicare.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Exámenes de audición (No está cubierto por Medicare)</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por cada examen de audición de rutina (1 examen de audición de rutina cada año).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por visitas de rutina de ajuste/evaluación de audífonos (cantidad ilimitada de visitas durante 1 año después de la compra).</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga \$45 de copago por cada examen de audición de rutina (1 examen de audición de rutina cada año).</p> <p>Usted paga \$45 de copago por visitas de rutina de ajuste/evaluación de audífonos (cantidad ilimitada de visitas durante 1 año después de la compra).</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por cada examen de audición de rutina (1 examen de audición de rutina cada año).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por visitas de rutina de ajuste/evaluación de audífonos (cantidad ilimitada de visitas durante 1 año después de la compra).</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga \$0 de copago, si usa proveedores de la red Amplifon, por cada examen de audición de rutina (1 examen de audición de rutina cada año).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por visitas de rutina de ajuste/evaluación de audífonos (cantidad ilimitada de visitas durante 1 año después de la compra).</p> |
| <p>Atención en el hospital de pacientes ingresados</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga las cantidades de abajo por estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare. \$100 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día a partir del día 6</p> <p>Sin máximo de gastos de bolsillo</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga las cantidades de abajo por estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare. 50% de coseguro por estancia</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga las cantidades de abajo por estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare. \$0 a \$100 por día (el copago dependerá del hospital)</p> <p>Sin máximo de gastos de bolsillo</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga las cantidades de abajo por estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare. 50% de coseguro por estancia</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|--|---|
| <p>Beneficio de comidas</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago (hasta 2 comidas por día por 14 días, 28 comidas por episodio, después de un evento que haga que califique, una vez al año)</p> <p><u>Fuera de la red</u> No está cubierto</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago (hasta 2 comidas por día por 14 días, 28 comidas por episodio, después de una hospitalización [no incluye observaciones], una estancia en un centro de enfermería especializada [ingreso directo/ admisiones después de una hospitalización] con autorización previa [ilimitadas], o para las personas que reciban atención médica en casa y que tengan certificación aprobada para dicha atención).</p> <p><u>Fuera de la red</u> No está cubierto</p> |
| <p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> | <p>Se exige terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B a B.</p> | <p>Se exige terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B a B y de la Parte D a B.</p> |
| <p>Servicios de terapia ocupacional</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$25 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa después de 10 visitas.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa después de 20 visitas.</p> |
| <p>Servicios del programa de tratamiento a base de opioides</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por cada visita de servicios del programa de tratamiento a base de opioides cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de servicios del programa de tratamiento a base de opioides cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago por cada visita de servicios del programa de tratamiento a base de opioides cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de servicios del programa de tratamiento a base de opioides cubierta por Medicare.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Servicios de radiología terapéutica y de diagnóstico para pacientes ambulatorios</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Por los servicios de radiología de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como MRI y CT), usted paga \$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico; \$125 de copago por todos los demás servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare, sin incluir las radiografías, prestados en el consultorio de un médico o en un centro independiente (como un centro radiológico o una clínica médica)</p> <p>Usted paga \$15 de copago por rayos X para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$50 de copago por servicios de radiología terapéutica para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como tratamiento de radiación para el cáncer).</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por servicios de radiología de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como MRI y CT).</p> <p>Usted paga 50% de coseguro por rayos X para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 50% de coseguro por servicios de radiología terapéutica para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como tratamiento de radiación para el cáncer).</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$60 de copago por servicios de radiología de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como MRI y CT).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por rayos X para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$20 de copago por servicios de radiología terapéutica para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como tratamiento de radiación para el cáncer).</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por servicios de radiología de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como MRI y CT).</p> <p>Usted paga 50% de coseguro por rayos X para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 50% de coseguro por servicios de radiología terapéutica para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como tratamiento de radiación para el cáncer).</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$25 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. Usted paga \$40 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare. Usted paga \$25 de copago por cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare. Usted paga \$15 de copago por cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare. Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare. Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. Usted paga \$10 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare. Usted paga \$10 de copago por cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare. Usted paga \$10 de copago por cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare. Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare. Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> |
| <p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$25 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. Usted paga \$15 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. Usted paga \$10 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Cirugía y servicios de observación para pacientes ambulatorios</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Por los servicios quirúrgicos de hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios; \$295 de copago por cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare que se le prestan en un hospital para pacientes ambulatorios, incluyendo, entre otros, los cargos del hospital o de otro centro y los cargos quirúrgicos o del médico.</p> <p>Por los servicios quirúrgicos en un centro de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare, usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un centro de cirugía ambulatoria; \$295 de copago por cirugía u otros servicios que se le presten en un centro de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare, incluidos, entre otros, los cargos del hospital u otro centro y los cargos quirúrgicos y del médico.</p> <p>Usted paga \$295 de copago por servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por servicios quirúrgicos de hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 50% de coseguro por servicios quirúrgicos en un centro de cirugía ambulatoria cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga 50% de coseguro por servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Por los servicios quirúrgicos de hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios. \$350 de copago por cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare prestados en un hospital para pacientes ambulatorios, incluyendo, entre otros, los cargos del hospital o de otro centro y los cargos quirúrgicos o del médico.</p> <p>Usted paga \$25 de copago por servicios quirúrgicos en un centro de cirugía ambulatoria cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$100 de copago por servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por servicios quirúrgicos de hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 50% de coseguro por servicios quirúrgicos en un centro de cirugía ambulatoria cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga 50% de coseguro por servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>Artículos de venta libre</p> | <p>Usted recibirá una asignación de \$75 por trimestre.</p> | <p>Usted recibirá una asignación de \$150 por trimestre.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|---|---|
| Servicios de hospitalización parcial | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$45 de copago por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$55 de copago por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> |
| Servicios de terapia física y del habla | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$25 de copago por cada visita de terapia física o terapia del habla cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia física o terapia del habla cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización para la terapia física y del habla después de las primeras 20 visitas (combinadas).</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago por cada visita de terapia física o terapia del habla cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de terapia física o terapia del habla cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización para la terapia física y del habla después de las primeras 20 visitas (combinadas).</p> |
| Servicios de podología (Está cubierto por Medicare) | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de podología cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$5 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de podología cubierta por Medicare.</p> |
| Servicios de rehabilitación pulmonar (Está cubierto por Medicare) | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$5 de copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|--|--|
| Terapia de ejercicio supervisada (SET) (Está cubierto por Medicare) | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago por cada visita de SET cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de SET cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$5 de copago por cada visita de SET cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% de coseguro por cada visita de SET cubierta por Medicare.</p> |
| Servicios de telesalud (No está cubierto por Medicare) | <p><u>Dentro de la red</u> No está cubierto</p> <p><u>Fuera de la red</u> No está cubierto</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por servicios adicionales de telesalud mediante Teladoc.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Debe usar proveedores de Teladoc.</p> |
| Servicios de transporte (No está cubierto por Medicare) | <p><u>Dentro de la red</u> No está cubierto</p> <p><u>Fuera de la red</u> No está cubierto</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por servicios de transporte que no sean de emergencia (hasta 24 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan) mediante SafeRide.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Debe usar SafeRide</p> |
| Cuidado de la visión (Anteojos, sin cobertura de Medicare) | <p>\$150 de asignación para monturas cada dos años; \$100 de asignación para lentes de contacto, ajuste y evaluación cada dos años; las lentes progresivas estándar tienen cobertura total cada dos años. Debe usar proveedores de VSP para pagar costos compartidos de dentro de la red para exámenes de la vista de rutina y anteojos de rutina.</p> | <p>\$200 de asignación para monturas cada año; \$100 de asignación para lentes de contacto, ajuste y evaluación cada año; las lentes progresivas estándar tienen cobertura total cada año. Debe usar proveedores de VSP para pagar costos compartidos de dentro de la red para exámenes de la vista de rutina y anteojos de rutina.</p> |
| Servicios de emergencia/de atención de urgencia en todo el mundo | <p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$90 de copago por cada visita de emergencia y de atención de urgencia en todo el mundo.</p> | <p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$125 de copago por cada visita de emergencia y de atención de urgencia en todo el mundo.</p> |

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina “Formulario” o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra lista de medicamentos se proporciona electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra lista de medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos cubiertos y en las restricciones a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para enterarse si habrá alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la lista de medicamentos se hacen al principio de cada año. Sin embargo, durante el año podríamos hacer otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar inmediatamente los medicamentos que la FDA no considere seguros o que el fabricante del producto haya retirado del mercado. Modificamos nuestra lista de medicamentos en línea para ofrecer la versión más actualizada.

Si lo afecta un cambio en la cobertura para medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para averiguar las opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que lo ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”), **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 separado, llamado “Cláusula adicional de la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (“Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs”, también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que describe sus costos de medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este documento, a más tardar, el 30 de septiembre, llame al Servicio al cliente y pida la “Cláusula adicional de LIS” (“LIS Rider”)

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

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a los Servicios para miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina (Parte D) - Mientras esté en el Período sin cobertura, usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada

producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costos compartidos en el que esté.

Cambios en la etapa del deducible

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|---|---|
| Etapa 1: Etapa de deducible anual | Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. |

Cambios en los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|--|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte correspondiente del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde a usted.</p> <p>Los costos en esta línea son para un suministro para un mes (31 días) si surte la receta en una farmacia de la red que tenga costos compartidos estándar. La cantidad de días en un suministro de un mes ha cambiado de 2022 a 2023 según se indica en la tabla.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o recetas mediante pedidos por correo, vea el Capítulo 6, sección 5 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos de nivel algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la lista de medicamentos.</p> | <p>El costo de surtir un suministro para 30 días en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$5 de copago por receta.</p> <p>Nivel 2, medicamentos genéricos: Usted paga \$20 de copago por receta.</p> <p>Nivel 3, medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$45 de copago por receta.</p> <p>Nivel 4, medicamentos no preferidos: Usted paga \$95 de copago por receta.</p> <p>Nivel 5, nivel de especialidad: Usted paga 33% de coseguro del costo total.</p> <p>Nivel 6, medicamentos de atención específica: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura).</p> | <p>El costo de surtir un suministro para 31 días en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <p>Nivel 2, medicamentos genéricos: Usted paga \$12 de copago por receta.</p> <p>Nivel 3, medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$35 de copago por receta.</p> <p>Nivel 4, medicamentos no preferidos: Usted paga \$100 de copago por receta.</p> <p>Nivel 5, nivel de especialidad: Usted paga 33% de coseguro del costo total.</p> <p>Nivel 6, medicamentos de atención específica: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura).</p> |

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Saint Mary's ATRIO Select Rx

Para permanecer en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan Saint Mary's ATRIO Select Rx.

Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan médico de Medicare.
- – O– Puede cambiarse a Medicare original. Si se cambia a Medicare original, deberá decidir si se inscribirá 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 potencial penalización 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 2023*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, consulte la sección 4) o llame a Medicare (consulte la sección 6.2).

Recuerde que Saint Mary's ATRIO Health Plans ofrece otro plan médico de Medicare. Este otro plan puede tener diferente cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para **cambiarse a otro plan médico de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en Saint Mary's ATRIO Select Rx se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Saint Mary's ATRIO Select Rx se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – O – Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si quiere cambiarse a otro 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 2023.

¿Hay otros períodos en el año para hacer un cambio?

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) o cambiarse a Medicare original (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

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

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

Un Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Nevada, el SHIP se llama Nevada Medicare SHIP.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos locales a personas que tengan Medicare. Los asesores de Nevada Medicare SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a Nevada Medicare SHIP al 1-800-307-4444. Puede obtener más información visitando su sitio web (adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Abajo encontrará una lista de distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos,

incluyendo primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán período sin cobertura ni penalización por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social (Social Security Office) al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- La Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).

Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado. Nevada tiene un programa llamado Programa de Servicios por Discapacidad y Recetas para Adultos Mayores (Senior Rx and Disability Program) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa de Asistencia con el Seguro Médico de su estado.

- **Asistencia con el costo compartido de los medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que vivan con VIH/sida a que obtengan medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia en el estado y de que tienen VIH, ingresos bajos según la definición del estado y falta de seguro/seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos mediante Nevada ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la Oficina de Servicios por VIH/sida de Nevada (Nevada Office of HIV/AIDS) al 1-702-486-0767.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Saint Mary's ATRIO Select Rx

Llame al Servicio al cliente al **1-877-672-8620** (TTY únicamente, llamar al 711). Atendemos llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, de lunes a viernes. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* para 2023 (tiene información sobre los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* para 2023 de Saint Mary's ATRIO Select Rx. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, saintmarysatrrio.com (en la página de inicio, haga clic en la pestaña

Members [Miembros], luego en *View my Plan* [Ver mi plan]). También puede llamar al Servicio al cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web, **saintmarysatrrio.com**. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden 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**). Tiene información sobre los costos, la cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite **www.medicare.gov/plan-compare**.

Lea *Medicare y usted 2023*

Lea el manual *Medicare y usted 2023*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf**) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Aviso sobre requisitos de no discriminación y accesibilidad

La discriminación es ilegal

ATRIO Health Plans cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. ATRIO Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

ATRIO Health Plans:

- Ayuda y presta servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de los servicios listados arriba, comuníquese gratis con el Servicio de atención al cliente de ATRIO al 1-877-672-8620, todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si cree que ATRIO Health Plans no prestó estos servicios o que lo discriminó de otra forma por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal en:

ATRIO Compliance Officer
2965 Ryan Drive SE
Salem, OR 97301
1-877-672-8620

Presente una queja con la línea directa de cumplimiento de ATRIO: 1-877-309-9952
compliance@atriohp.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, comuníquese gratis con Servicio al cliente al 1-877-672-8620, todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), electrónicamente mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-672-8620 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) - CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số 1-877-672-8620 (TTY: 711)

繁體中文 (Chinese) - 注意：如果您講國語，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-672-8620 (TTY : 711) 。

Русский (Russian) - ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами перевода. Телефон: 1-877-672-8620 (телетайп: 711).

한국어 (Korean) - 유의사항: 무료 한국어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 전화번호는 1-877-672-8620 (TTY: 711) 번입니다.

Українська (Ukrainian) - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-877-672-8620 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese) - 注意事項：日本語でのサービスをご希望の場合、1-877-672-8620 (TTY:711) までご連絡ください。このサービスは無料です。

"إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-672-8620 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-735-2900).

فارسی – (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما موجود است. با شماره 1-877-672-8620 تماس بگیرید (TTY: 1-800-735-2900).

Română (Romanian) - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-877-672-8620 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Cambodian) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 1-877-672-8620 (TTY: 711)។

Oroomiffa (Oromo) - XIYYEEFFANNAA: Afaandubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, niargama. 1-877-672-8620 (TTY: 711) Bilbilaa.

Deutsch (German) - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-672-8620 (TTY: 711).

فارسی – (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما موجود است. با شماره 1-877-672-8620 تماس بگیرید (TTY: 1-800-735-2900).

Français (French) - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-672-8620 (ATS : 711).

ภาษาไทย (Thai) - โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-672-8620 (TTY: 711)

Insertar en varios idiomas

Servicios de interpretación multilingüe

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-672-8620. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-672-8620. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-672-8620。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-672-8620。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-672-8620. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-672-8620. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-672-8620 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-672-8620. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-672-8620번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-672-8620. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-672-8620. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-672-8620 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-672-8620. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-672-8620. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-672-8620. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-672-8620. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-672-8620にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。