2023

CHRISTUS® Health Plan

Generations (HMO)

AVISO ANUAL DE CAMBIOS

CHRISTUS Health Plan Generations cubre a los miembros en los siguientes condados:

Bowie	Henderson	Smith
Camp	Hopkins	Titus
Cass	Marion	Upshur
Cherokee	Morris	Van Zandt
Franklin	Panola	Wood
Gregg	Red River	
Harrison	Rusk	



CHRISTUS HEALTH PLAN
Planes Medicare Advantage

MÉTODO	SERVICIOS PARA LOS MIEMBROS – INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAME AL	844.282.3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual. Se responderá a los mensajes enviados en un plazo de un día hábil. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Relay Texas Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible para ayudarlo, siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	469.282.3013
ESCRIBA A	Christus Health Plan Generations, a la atención de: Member Services P.O. Box 169001 Irving | TX 75016
SITIO WEB	ChristusHealthPlan.org

SERVICIOS DE SALUD Y HUMANOS DE TEXAS

Los servicios de salud y humanos de Texas (Texas Health and Human Services) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

MÉTODO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAME AL	800.252.9240 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) Texas Department of Insurance P.O. Box 149104 Austin | TX 787148
SITIO WEB	tdi.texas.gov/consumer/hicap/

CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) *ofrecido por* CHRISTUS Health Plan

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, usted está inscrito como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.***

Este documento describe los cambios implementados en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta anexa para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted

☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.

- Revisar 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 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.

☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.

☐ Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca otras opciones del plan

☐ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2023 (Medicare y Usted 2023)*.

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

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations (HMO).
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023.** Esto finalizará su inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations (HMO).
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-844-282-3026. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes.
- Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra grande o audio.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)

- CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) es una HMO con contrato de Medicare. La inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, hace referencia a CHRISTUS Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a CHRISTUS Health Plan Generations (HMO).

H1189_MM2188_M
CMS Approved 09/18/2022

Aviso anual de cambios para 2023
Índice

Resumen de costos importantes para 2023 4

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 6

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir 11

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan 12

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 13

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 13

SECCIÓN 6 Preguntas 14

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y 2023 para CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) 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* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	$0	$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	$4,400	$4,400
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: $0 por visita Consultas a especialistas: $25 por visita	Consultas de atención primaria: $0 por visita Consultas a especialistas: $25 por visita
Hospitalizaciones	Días 1 al 5: $320 por día Días 6 al 90: $0	Días 1 al 5: $320 por día Días 6 al 90: $0 Días 91 al 100: $320 por día

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: $150 para los Niveles 4 y 5 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: Copago de $4 • Medicamentos de Nivel 2: Copago de $10 • Medicamentos de Nivel 3: Copago de $35 • Medicamentos de Nivel 4: 30% de coseguro • Medicamentos de Nivel 5: 29% de coseguro	Deducible: $0 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: Copago de $4 • Medicamentos de Nivel 2: Copago de $10 • Medicamentos de Nivel 3: Copago de $47 • Medicamentos de Nivel 4: Copago de $100 • Medicamentos de Nivel 5: 33% de coseguro

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	$0	$0

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 acerca de "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga "de su bolsillo" durante el año. Este límite se denomina el "monto máximo que paga de su bolsillo". Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	$4,400	$4,400 Una vez que haya pagado $4,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

En nuestro sitio web www.christushealthplan.org se encuentran los directorios actualizados. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio*.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2023 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2023 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarlo.

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

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

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga $40 de copago por servicio.	Usted paga $10 de copago por servicio.
Electrocardiogramas	No se requiere remisión para los electrocardiogramas cubiertos por Medicare.	Requiere remisión para los electrocardiogramas cubiertos por Medicare.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios para pacientes internados	Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización. Usted paga $320 de copago por día para los días del 1 al 5. Usted no paga nada por día para los días del 6 al 90.	Nuestro plan cubre 100 días para una hospitalización. Usted paga $320 de copago por día para los días del 1 al 5. Usted no paga nada por día para los días del 6 al 90. Usted paga $320 de copago por día para los días del 91 al 100.
Productos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)	Usted paga $0 de copago. Hasta $50 de asignación cada trimestre para la compra de productos OTC del Catálogo de beneficios de Express Scripts.	Usted paga $0 de copago. Hasta $65 de asignación cada trimestre para la compra de productos OTC del Catálogo de beneficios de Express Scripts.
Servicios de rehabilitación pulmonar	Usted paga $30 de copago por servicio.	Usted paga $20 de copago por servicio.

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”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos en este sobre. La Lista de medicamentos contiene muchos (pero no la totalidad) de los medicamentos que cubriremos el año próximo. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que aún se encuentre cubierto. **Puede obtener la Lista de medicamentos *completa*** si llama a Servicios para los miembros (consulte la contratapa) o visita nuestro sitio web (www.christushealthplan.org).

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. También podemos eliminar inmediatamente medicamentos considerados inseguros por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Hemos incluido un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominado "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda adicional" y no recibió este inserto con este paquete, llame a Servicios para los miembros y pida la "Cláusula adicional LIS".

Existen cuatro "etapas de pago de los medicamentos".

La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.)

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	El deducible es de $150 Durante esta etapa, usted paga el costo compartido de $4, $10 y $35 por los medicamentos en el Nivel 1, el Nivel 2 y el Nivel 3 y el costo total de los medicamentos en el Nivel 4 y el Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para los medicamentos del Nivel 4 (Marca no preferida), su costo compartido en la etapa de cobertura inicial cambia de un coseguro a un copago. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2023 en relación con 2022.

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 2: 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.** En 2022, usted pagó el 30% de coseguro por los medicamentos del Nivel 4 (Marca no preferida). En 2023, usted pagará un copago de $100 por los medicamentos de este nivel.	Sus costos por un suministro para un mes de obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: **Nivel 1 (Genérico preferido):** Usted paga $4 por medicamento con receta. **Nivel 2 (Genérico):** Usted paga $10 por medicamento con receta. **Nivel 3 (Marca preferida):** Usted paga $35 por medicamento con receta. **Nivel 4 (Marca no preferida):** Usted paga el 30% del costo total. **Nivel 5 (Especialidad):** Usted paga el 29% del costo total.	Sus costos por un suministro para un mes de obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: **Nivel 1 (Genérico preferido):** Usted paga $4 por medicamento con receta. **Nivel 2 (Genérico):** Usted paga $10 por medicamento con receta. **Nivel 3 (Marca preferida):** Usted paga $47 por medicamento con receta. **Nivel 4 (Marca no preferida):** Usted paga $100 por medicamento con receta. **Nivel 5 (Especialidad):** Usted paga el 33% del costo total.

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación) Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (31 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura.* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $4,430, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

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

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por la insulina– Usted no pagará más de $35 para un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan CHRISTUS Health Plan Generations (HMO).

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2023, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual Medicare y Usted 2023, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (vea la Sección 4), o llame a Medicare (vea la Sección 6.2). Le recordamos que, CHRISTUS Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
    - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
    - *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre.** El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2023.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

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

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Servicios de Salud y Humanos de Texas (Texas Health and Human Services).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores de los Servicios de Salud y Humanos de Texas pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a los Servicios de Salud y Humanos de Texas al 1-800-252-9240. Puede obtener más información sobre los Servicios de Salud y Humanos de Texas visitando su sitio web (hhs.texas.gov).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los

medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** En Texas, el Programa estatal de asistencia farmacéutica se llama Kidney Health Care Program (KHC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090, ext 3004, de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 5:00 p. m., hora local o visite el sitio web (https://q1medicare.com/PartD-SPAPTexasKidneyHealthCareProgKHC.php).

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de parte de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-282-3026. (Solo los servicios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2023 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2023 para CHRISTUS Health Plan Generations (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En nuestro sitio web www.christushealthplan.org encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta anexa para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2023 (Medicare y Usted 2023)*

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

844.282.3026 | TTY 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo | los 7 días de la semana 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

Del 1 de abril al 30 de septiembre 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

CHRISTUShealthplan.org