CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

**Esta es información importante sobre los cambios en la información del plan Central Health Medicare.**

Cambios a su Aviso Anual de Cambios, Evidencia de Cobertura y Resumen de Beneficios de 2023:

| **Dónde puede encontrar el cambio en sus Materiales 2023:** | **Información original:** | **Información corregida:** | **¿Qué significa esto para usted?** |
|---|---|---|---|
| **Aviso anual de cambio -** cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos-medicamentos recetados de la Parte B de Medicare | No incluido | **2022:** Paga 20% de coseguro<br><br>**2023:** Usted paga hasta un 20% de coseguro.<br><br>Ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de $35 por un suministro de un mes. | Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de $35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare por un mes. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Evidencia de Cobertura** – Capítulo 4, Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan – Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare | Usted paga 20% de coseguro | Usted paga hasta un 20% de coseguro.<br><br>Ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de $35 por un suministro de un mes. | Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de $35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare para un mes. |
| **Resumen de beneficios -** medicamentos de la Parte B de Medicare<br>• Medicamentos de quimioterapia<br>• Otros medicamentos de la Parte B | • 20% de coseguro<br>• 20% de coseguro | • Hasta un 20% de coseguro<br>• Hasta un 20% de coseguro. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de $35 por un suministro de un mes | Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de $35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare por un mes. |

No está obligado a realizar ninguna acción en respuesta a este documento, pero le recomendamos que guarde esta información para futuras consultas.

Si tiene alguna pregunta, llame al 1-866-314-2427, TTY 711. Los representantes de Servicios para Miembros están disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Central Health Medicare plan es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

CENTRAL HEALTH FOCUS PLAN

***Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) ofrecido por Plan Central Health Medicare***

# Aviso Anual de Cambios para 2023

Actualmente se encuentra inscrito en calidad de miembro del Central Health Focus Plan. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 para obtener un Resumen de Costos Importantes, incluida la Prima.***

Este documento le informa acerca de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web www.centralhealthplan.com. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*).

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el siguiente año.**

---

**Qué se debe hacer ahora**

**1. PREGUNTE:** ¿Qué cambios se aplican en su caso?

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

- Revise los cambios en los costos de atención Médica (médico y hospital).
- Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos y costos de autorización.
- Evalúe cuánto gastará en primas, deducibles y distribución de costos.

☐ Consulte los cambios en la Lista de Medicamentos del 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.

☐ Consulte si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores permanecerán en nuestra red el próximo año.

☐ Piense si está conforme con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Infórmese sobre otras opciones de planes

   ☐ Revise las coberturas y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2023*.

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

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

   - Si usted no se afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá en el Central Health Focus Plan.
   - Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023.** Esto finalizará su inscripción con el Central Health Focus Plan.
   - Si hace poco tiempo se mudó a una institución, actualmente vive en una institución o simplemente se mudó de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

**Recursos Adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Este documento está disponible de forma gratuita en chino.
- Para obtener información adicional, llame al número de Servicios para Miembros: 1-866-314-2427. (Los usuarios de TTY deben llamar a 711). Los horarios son de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra de imprenta grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible (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 del Central Health Focus Plan**

- El Plan Focus de Central Health es un plan HMO C-SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el Plan Focus de Central Health depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Plan Central Health Medicare. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, significa Central Health Focus Plan.

# Capítulo 1. *Aviso Anual de Cambios* para 2023
# Tabla de Contenidos

**Resumen de Costos Importantes para 2023 ..... 5**

**SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Año Siguiente ..... 6**
Sección 1.1 –Cambios en su Prima Mensual ..... 6
Sección 1.2 –Cambios en la Suma Máxima de su Bolsillo ..... 7
Sección 1.3 –Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias ..... 7
Sección 1.4 –Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos ..... 8
Sección 1.5 –Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Part D .. 12

**SECCIÓN 2 Cambios Administrativos ..... 15**

**SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Plan Elegir ..... 16**
Sección 3.1 –Si decide permanecer en el Central Health Focus Plan ..... 16
Sección 3.2 –Si decide cambiar de plan ..... 16

**SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiarse de Plan ..... 17**

**SECCIÓN 5 Programas que ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare .... 18**

**SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados ..... 18**

**SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas? ..... 19**
Sección 7.1 –Cómo Obtener Ayuda del Central Health Focus Plan ..... 19
Sección 7.2 –Cómo Obtener Ayuda de Medicare ..... 20

## Resumen de Costos Importantes para 2023

La tabla a continuación compara los costos para el 2022 y los costos para el 2023 del Central Health Focus Plan en varias áreas importantes. **Sepa que esto es solamente un resumen de costos**.

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual del plan***<br>* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles. | $0 | $0 |
| **Suma máxima de su bolsillo**<br>Esta es la suma máxima que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles). | $1,800 | $1,800 |
| **Visitas al consultorio del médico** | Visitas de atención primaria: $0 por visita<br>Visitas a un especialista: $0 por visita | Visitas a un médico de atención primaria: $0 por visita<br>Visitas a un especialista: De $0 por visita |
| **Internación en hospital** | Usted paga $0 por estadía | Usted paga $0 por estadía |
| **Cobertura de medicamentos recetados de la Part D**<br>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles). | Deducible: $0<br>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:<br>• Categoría de Medicamentos 1: $0<br>• Categoría de Medicamentos 2: $0<br>• Categoría de Medicamentos 3: $35 | Deducible: $0<br>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:<br>• Categoría de Medicamentos 1: $0<br>• Categoría de Medicamentos 2: $0<br>• Categoría de Medicamentos 3: $35 |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|---|---|
| | • Categoría de Medicamentos 4: $75<br>• Categoría de Medicamentos 5: 33%<br>• Categoría de Medicamentos 6: $0 | • Categoría de Medicamentos 4: $75<br>• Categoría de Medicamentos 5: 33%<br>• Categoría de Medicamentos 6: $0 |

Para conocer los medicamentos que corresponden a Insulinas Seleccionadas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica. Las Insulinas Seleccionadas se pueden identificar buscando aquellos medicamentos que tengan una marca SSM junto a ellos. Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

## SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Año Siguiente

### Sección 1.1 – Cambios en su Prima Mensual

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual**<br>(Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Part B). | $0 | $0 |
| **Reembolsos de la Prima de la Part B**<br>Uno de los beneficios que incluye nuestro plan es un Reembolso de la Prima de la Part B. Esto significa que cada mes, el monto que se muestra se aplicará automáticamente a su Prima de la Part B, lo que aumentará su cheque del Seguro Social cada mes. | $5 | $50 |

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Part D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

## Sección 1.2 – Cambios en la Suma Máxima de su Bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que debe pagar “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de gastos de bolsillo”. Una vez que haya alcanzado este monto, por lo general, no deberá pagar nada por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B por el resto del año.

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|---|---|
| **Suma Máxima de gastos de bolsillo**<br>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para calcular el monto máximo de bolsillo. Su costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular el monto máximo de bolsillo. | $1,800 | $1,800<br>Una vez que haya pagado $1,800 de su bolsillo por servicios cubiertos de Part A y Part B, no pagará nada por los servicios cubiertos de Part A y Part B por el resto del año calendario.<br>No hay cambios para el próximo año de beneficios. |

## Sección 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o farmacias o pedirnos que le enviemos un *directorio* por correo.

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de proveedores para el 2023 para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario (PCP), especialistas, hospitales) están en nuestra red**.

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

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

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

El próximo año, haremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|---|---|
| **Centro de Enfermería Especializada (SNF)** | Días 1 a 20: paga un copago de $0 por día<br><br>Días 21 a 65: paga un copago de $75 por día<br><br>Días 66 a 100: paga un copago de $0 por día | Días 1 a 20: paga un copago de $0 por día<br><br>Días 21 a 100: paga un copago de hasta $194.50 por día<br><br>(Estos son montos de costos compartidos de 2022 y pueden cambiar para 2023. Central Health Plan proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen) |
| **Servicios de Emergencia** | Usted paga un copago de $50 por servicios de emergencia. Este copago no se aplica si es admitido en el hospital como paciente hospitalizado o bajo observación dentro de las 24 horas por la misma afección. | Usted paga un copago de hasta $100 por servicios de emergencia. Este copago no se aplica si lo internan en la sala de emergencias dentro de las 72 horas posteriores a un alta anterior de la sala de emergencias o si lo internan en un hospital dentro de los 3 días. |
| **Cobertura mundial de emergencia y urgencia** | Usted paga por su atención de emergencia y urgencia | Usted paga un copago de $50 por visita para el servicio de emergencia mundial |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|---|---|
| | fuera de los EE. UU. y sus territorios y le reembolsaremos hasta un máximo de $100,000 por año. | Usted paga un copago de $50 por visita para el servicio de urgencia mundial<br><br>Usted paga un copago de $50 por visita para el servicio de transporte de emergencia mundial<br><br>Hay un monto máximo de cobertura de beneficios del plan de $100,000 para servicios de emergencia en todo el mundo, servicios de urgencia en todo el mundo y servicios de transporte de emergencia en todo el mundo combinados. |
| **Servicios especializados de salud mental** | Usted paga un copago de $5 por visita para sesiones individuales cubiertas por Medicare<br><br>Usted paga un copago de $5 por visita para las sesiones grupales cubiertas por Medicare | Usted paga un copago de $0 por visita para sesiones individuales cubiertas por Medicare<br><br>Usted paga un copago de $0 por visita para sesiones grupales cubiertas por Medicare |
| **Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios** | Usted paga un copago de $5 por sesiones individuales cubiertas por Medicare<br><br>Usted paga un copago de $5 por sesiones grupales cubiertas por Medicare | Usted paga un copago de $0 por sesiones individuales cubiertas por Medicare<br><br>Usted paga un copago de $0 por sesiones grupales cubiertas por Medicare |
| **Servicios de Ambulancia** | Usted paga un copago de $50 por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare por viaje de ida | Usted paga un copago de $75 por los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare por viaje. Este copago no se aplica a las transferencias |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|---|---|
| | | de un hospital fuera de la red a un hospital dentro de la red |
| **Servicios de transporte (de rutina)** | Usted paga un copago de $0 por viajes de ida y vuelta ilimitados cada año, limitados a ubicaciones aprobadas por el plan (hasta 50 millas) para que el miembro reciba servicios de atención médica de proveedores de la red. | Usted paga un copago de $0 por 48 viajes de ida cada año, limitado a ubicaciones aprobadas por el plan (hasta 50 millas) para que el miembro reciba servicios de atención médica de proveedores de la red. |
| **Acupuntura (suplementaria)** | Usted paga un copago de $0 por 24 visitas cada año | Usted paga un copago de $0 por visita para un número ilimitado de visitas por año |
| **Artículos de venta libre (OTC)** | Usted obtiene una asignación OTC de $125 cada 3 meses | Los artículos de venta libre están cubiertos por el beneficio de la tarjeta CHP Flex |
| **Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI) - Beneficio de Alimentos y Productos** | Los miembros con trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, trastornos pulmonares crónicos y accidente cerebrovascular pagan $0 por una caja de comestibles entregada por mes. | Los miembros con trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, trastornos pulmonares crónicos y accidentes cerebrovasculares reciben una asignación mensual de $25 para comprar alimentos saludables en las tiendas de comestibles aprobadas por el plan. |
| **Membresía para acondicionamiento físico** | Silver Sneakers no está cubierto<br><br>Obtiene un reembolso de hasta $50 cada mes por gastos de | Su beneficio de acondicionamiento físico está cubierto a través de Silver Sneakers<br><br>Además de los beneficios descritos anteriormente, |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|---|---|
| | acondicionamiento físico que califiquen<br><br>Las cantidades no utilizadas en un mes determinado no se traspasan a los meses siguientes | también tiene cobertura de acondicionamiento físico a través del beneficio de la tarjeta CHP Flex |
| **Línea de asesoramiento atendida por enfermeros** | No está cubierto | Usted paga un copago de $0 por el acceso a la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana |
| **Tarjeta CHP Flex** | No está cubierto | Obtiene $300 por trimestre en una tarjeta de débito CHP Flex Card<br><br>Las cantidades no utilizadas en un trimestre determinado no se traspasan a trimestres posteriores<br><br>Los fondos de CHP Flex Card se pueden usar para artículos de venta libre, catálogo de hierbas para la salud y el bienestar y gastos de acondicionamiento físico que califiquen. |
| **Educación sobre Salud** | Las clases de educación para la salud se ofrecen en entornos grupales y como capacitaciones 1 a 1 en el hogar para personas confinadas en el hogar | El Plan ofrecerá sesiones educativas interactivas en persona o virtuales con profesionales de la salud para brindar información sobre la salud y alentar a los miembros a adoptar comportamientos saludables. |

## Sección 1.5 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Part D

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

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

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluso cambios en medicamentos que cubrimos y cambios en restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año siguiente y consulte si existe alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos es nuevo para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise 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 o buscar un nuevo medicamento. También puede contactar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Para conocer los medicamentos que corresponden a Insulinas Seleccionadas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica. Las Insulinas Seleccionadas se pueden identificar buscando aquellos medicamentos que tengan una marca SSM junto a ellos. Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

A partir de 2023, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico de la misma o menor categoría de distribución de costos y con la misma o menor restricción. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de distribución de costos diferente o agregar nuevas restricciones o ambas.

Esto significa que si toma un medicamento de marca que está siendo reemplazado o trasladado a un nivel de distribución de costos más alto, ya no recibirá siempre un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni recibirá una provisión mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando un medicamento de

marca, igualmente recibirá información sobre el cambio específico que hemos realizado, pero puede recibirla después de que se realice el cambio.

## Cambios en los Costos de Medicamentos Recetados

**Nota:** Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional"), **la información sobre costos de medicamentos recetados de la Part D puede que no sea aplicable a su caso.** Hemos incluido un folleto adicional denominado "Modificación de la Evidencia de Cobertura para Personas que Obtienen Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados" (también llamado "Modificación del Subsidio por Bajos Ingresos" o "LIS Rider"), que le explica los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda Adicional" y no recibió este folleto con este paquete, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el "LIS Rider".

Hay cuatro "etapas de pagos de medicamentos".

La información a continuación muestra los cambios en las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en Cobertura o la Etapa de Cobertura de Catástrofe).

**Cambios en la Etapa de Deducibles**

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Etapa 1: Etapa de Deducible Anual** | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. |

**Cambios en Su Distribución de Costos en la Etapa de Cobertura Inicial**

Consulte la siguiente tabla para ver los cambios del 2022 al 2023.

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial**<br>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**.<br>Los costos en esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta médica en una farmacia | Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar:<br>**Nivel 1: Genéricos Preferidos:**<br>Usted paga $0 por receta. | Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar:<br>**Nivel 1: Genéricos Preferidos:**<br>Usted paga $0 por receta. |

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| de la red que proporciona distribución de costos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de los pedidos de recetas médicas por correo postal, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.<br><br>Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de Medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de Medicamentos. | **Nivel 2: Genéricos:**<br><br>Usted paga $0 por receta.<br><br>**Nivel 3: Marca Preferida:**<br><br>Usted paga $35 por receta.<br><br>**Nivel 4: Medicamento No Preferido:**<br><br>Usted paga $75 por receta.<br><br>**Nivel 5: Medicamentos Especializados:**<br><br>Usted paga el 33% del costo total.<br><br>**Nivel 6 - Medicamentos Seleccionados para el de la Diabetes:**<br><br>Usted paga $0 por receta.<br><br>Usted paga $0 por las Insulinas Seleccionadas<br><br>_____<br><br>Una vez que haya alcanzado el costo total de medicamentos de $4,430, pasará a la próxima etapa (la Etapa Sin Cobertura). | **Nivel 2: Genéricos:**<br><br>Usted paga $0 por receta.<br><br>**Nivel 3: Marca Preferida:**<br><br>Usted paga $35 por receta.<br><br>Usted paga $0 por las Insulinas Seleccionadas<br><br>**Nivel 4: Medicamento No Preferido:**<br><br>Usted paga $75 por receta.<br><br>**Nivel 5: Medicamentos Especializados:**<br><br>Usted paga el 33% del costo total.<br><br>**Nivel 6; Medicamentos de Cuidados Seleccionados:**<br><br>Usted paga $0 por receta.<br><br>_____<br><br>Una vez que haya alcanzado el costo total de medicamentos de $4,660, pasará a la próxima etapa (la Etapa Sin Cobertura).<br><br>Central Health Focus Plan ofrece cobertura adicional para las Insulinas Seleccionadas durante la etapa sin cobertura. Durante la Etapa Sin Cobertura, los gastos de su bolsillo para Insulinas Seleccionadas serán de |

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | | $0 por un suministro de un mes. |

**Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por las Vacunas**

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Part D sin costo alguno para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

**Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por la Insulina**

Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de distribución de costos se encuentre.

**Cómo Obtener Ayuda de Medicare: si usted escogió este plan porque estaba buscando una cobertura de insulina por $35 al mes o menos, es importante que sepa que puede tener otras opciones disponibles para el 2023 a costos incluso más bajos, debido a los cambios al programa de la Part D de Medicare. Si necesita ayuda para comparar sus opciones, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.**

**Recursos Adicionales de Ayuda:** comuníquese con nuestro Servicio para Miembros al 1-866-314-2427 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.

## SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

| Descripción | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|---|---|
| **Gerente de beneficios de farmacia** | Sus beneficios de farmacia fueron administrados por MedImpact. | Express Scripts administra sus beneficios de farmacia. |
| **Los Suministros para la Diabetes** | Estaba limitado a ordenar sus suministros para diabéticos de Mini Pharmacy. | Puede hacer pedidos en cualquier Farmacia minorista de la red de Express Scripts. Los productos para diabéticos preferidos son las marcas Abbott (Freestyle y Precision). |
| **Nivel de excepción a la lista de medicamentos** | El nivel de excepción fue el nivel 4. Los medicamentos | El nivel de excepción será el nivel 5. Los medicamentos |

| Descripción | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|---|---|
| | con una excepción a la lista de medicamentos tenían una distribución de costos de nivel 4. | con una excepción de formulario tendrán un costo compartido de nivel 5. |
| **Proveedor de beneficios de comidas** | Sus beneficios de comidas fueron proporcionados por Mom's Meals. | Sus beneficios de comidas son proporcionados por Healthrageous. |
| **Anteojos** | Beneficio accesible a través de cualquier proveedor de anteojos dentro de la red. | Beneficio accesible a través de los proveedores de Eyemed. |
| **PERS** | Sus beneficios fueron proporcionados por los sistemas LifeLine. | Sus beneficios son proporcionados por Aloe Care. |
| **Artículos de venta libre (OTC)** | Sus beneficios incluyen el uso del catálogo NationsOTC | Su beneficio OTC se administra exclusivamente a través de NationsOTC y farmacias minoristas a través de una tarjeta de débito |

# SECCIÓN 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir

## Sección 3.1 – Si decide permanecer en el Central Health Focus Plan

**Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada.** Si no se inscribe a un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Central Health Focus Plan.

## Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse de plan para el 2023, siga estos pasos:

**Paso 1: obtenga más información sobre sus opciones y compárelas**

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.

- *O*-- También puede cambiarse a Original Medicare. Si elige Original Medicare, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa de inscripción tardía de la Part D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de plan de Medicare, use el Buscador de Planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el folleto *Medicare y Usted 2023*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) (consulte la Sección 5), o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, Plan Central Health Medicare ofrece otros planes de salud de Medicare. Es posible que estos otros planes tengan coberturas, primas mensuales y montos de distribución de costos diferentes.

**Paso 2: Cambie su cobertura**

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en el Central Health Focus Plan.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en el Central Health Focus Plan.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - – *o* – Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiarse de Plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre.** Su cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2023.

**¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?**

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, a las personas con Medicaid que obtienen “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, que tienen o están abandonando su cobertura del empleador y que se mudan fuera del área de servicios.

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

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

## SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP es conocido como Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP).

Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno Federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores de Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) pueden asistirlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. También puede llamar a Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222. Puede obtener más información sobre Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) si visita su sitio web https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

## SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” con el fin de poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Para ver si califica, comuníquese con:

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

- **Asistencia de Distribución de Costos para Recetas Médicas para Personas con VIH/SIDA.** El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de la Part D de Medicare Part D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de Distribución de Costos a través del Departamento de Salud Pública de California, Centro de Enfermedades Infecciosas, Oficina de SIDA. Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050. Lunes a Viernes, 8:00 a.m a 5:00 p.m. (excluyendo festivos).

## SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

### Sección 7.1 – Cómo Obtener Ayuda del Central Health Focus Plan

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 1-866-314-2427. (Solo para usuarios de TTY, llamar al 711). El horario de atención para llamadas telefónicas es de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Lea su *Evidencia de Cobertura* para el 2023 (contiene detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)**

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener más detalles, revise la *Evidencia de Cobertura* del Central Health Focus Plan para el 2023. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

**Visite nuestro Sitio Web**

También puede visitar nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre proveedores de la red (*Directorio de Proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Lista de Medicamentos).

## Sección 7.2 – Cómo Obtener Ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

**Visite el Sitio Web de Medicare**

Visite el Sitio Web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarle a comparar planes de salud de Medicare en su zona. 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*. Este cuadernillo se envía todos los años en otoño a las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.