

Florida Complete Care- In The Community (HMO I-SNP) ofrecido por Florida Complete Care

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Florida Complete Care-In The Community. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. *Consulte la página 5 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 <https://fc2healthplan.com>. 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 Florida Complete Care-In The Community.
- 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 Florida Complete Care-In The Community.
- 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 English.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son 8 a.m. a 8 p.m. siete días a la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes (excepto feriados federales) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo braille, letra grande y audio. Llame a Servicios para Miembros al número mencionado anteriormente si necesita información del plan en otro formato.
- **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 Florida Complete Care- In The Community (HMO I-SNP)

- Florida Complete Care es un plan HMO I-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Florida Complete Care depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Florida Complete Care. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Florida Complete Care-In The Community (HMO I-SNP).

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	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	95
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	167
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en <i>Florida Complete Care-In the Community</i>	167
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	167
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan.....	17
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	1819
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	19
SECCIÓN 6 Preguntas	190
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de parte de <i>Florida Complete Care-In the Community</i> .	190
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	201

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y 2023 para Florida Complete Care-In The Community en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.</p>	\$34.30	\$35.90
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).</p>	\$3400	\$3400
<p>Consultas en el consultorio del médico</p>	<p>Consultas de atención primaria: 20% coaseguro por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: 20% coaseguro por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: 20% coaseguro por consulta</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1556 • Días 1–60: copago de \$0 • Días 61–90: copago de \$389 por día • Días 91 y más: copago de \$778 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante su vida). • Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1600 • Días 1–60: copago de \$0 • Días 61–90: copago de \$400 por día • Días 91 y más: copago de \$800 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante su vida). • Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos.
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$480</p> <p>25% coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$4430.00 	<p>Deducible: \$505</p> <p>25% coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$4660.00

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).	\$34.30	\$35.90

- 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 la “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 de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$3400	<p>\$3400</p> <p>Una vez que haya pagado \$3400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

En nuestro sitio web www.FC2healthplan.com se encuentran los directorios actualizados. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio.

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

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de 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

Estaremos 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)
Podología (Beneficio Suplementario)	La podología (beneficio suplementario) <u>no</u> está cubierta.	<p>Podología (Beneficio Suplementario): Copago de \$0 Seis (6) visitas por año a un especialista de la red. Los servicios suplementarios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corte o corte de lesiones hiperqueratosis benignas (por ejemplo, maíz, verrugas, callos) • Adornos o desbridamiento de uñas <p>Solo se requiere autorización para el beneficio estándar de Medicare, no para el cuidado rutinario de los pies.</p>
Artículos de venta sin receta (OTC)	\$250 por trimestre	\$275 por trimestre
Servicios Quiroprácticos	No se requiere autorización	Se requiere autorización
Servicios psiquiátricos	No se requiere autorización	Se requiere autorización
Servicios adicionales de telesalud	Usted paga el 20% del costo total de todos los tipos de visitas de telesalud (incluidas las visitas al médico de atención primaria (PCP))	<p>Usted paga 0% por las visitas de telesalud del médico de atención primaria (PCP).</p> <p>Usted paga el 20% por todos los demás tipos de visitas de telesalud</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Procedimientos de diagnóstico ambulatorio, pruebas y servicios de laboratorio	No se requiere autorización	Se requiere autorización para algunos procedimientos/pruebas en ciertas configuraciones
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	No se requiere autorización	Se requiere autorización
Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	No se requiere autorización	Se requiere autorización
Suministros para diabéticos	No se requiere autorización	Se requiere autorización para suministros para diabéticos no preferidos
Servicios para diabéticos y zapatos o insertos terapéuticos para diabéticos	No se requiere autorización	Se requiere autorización
Centro de Enfermería Especializada (SNF))	<p>20% Coaseguro</p> <p>Por cada estancia por período del beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-20: copago de \$0 • Días 21-100: copago de \$194.50 por día • Días 101 y posteriores: Todos los costos. 	Ningún coaseguro

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Comidas	<p>No se requiere autorización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las comidas ofrecidas para una condición médica que requiere que el miembro permanezca en casa por un período de tiempo se proporcionan en un paquete de 5 días de comidas estables disponibles hasta dos veces al año. El paquete de 5 días incluye 10 comidas en total. • Las comidas ofrecidas después del alta de un SNF o un entorno hospitalario se proporcionan hasta 2 comidas por día durante 14 días una vez al año. 	<p>Se requiere autorización</p> <p>Inmediatamente después de la cirugía, la hospitalización de pacientes hospitalizados o para los miembros que se determine que son frágiles, se proporcionan los siguientes beneficios de comidas.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comidas ofrecidas para situaciones de emergencia. Paquete de 5 días de comidas estables disponibles hasta dos veces al año (2 comidas por día, total de 20 comidas por año). • Comidas congeladas ofrecidas hasta 14 días después del alta de un SNF o un entorno hospitalario (2 comidas por día, un total de 28 comidas por año).

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Comidas médicamente personalizadas - Beneficio suplementario especial para los enfermos crónicos (SSBCI)</p>	<p>No se requiere autorización</p> <p>El beneficio incluye comidas congeladas adaptadas específicamente a las necesidades o restricciones dietéticas del miembro por hasta 30 días (3 comidas por día, un total de 90 comidas por año).</p> <p>Beneficio proporcionado a los miembros que se determina que son frágiles.</p>	<p>Se requiere autorización</p> <p>El beneficio incluye comidas congeladas adaptadas específicamente a las necesidades o restricciones dietéticas del miembro por hasta 30 días (3 comidas por día, un total de 90 comidas por año).</p> <p>El beneficio se aplica a las siguientes condiciones: dependencia crónica del alcohol y otras drogas; Enfermedades autoinmunes; Cáncer; Enfermedades cardiovasculares; Insuficiencia cardíaca crónica; Demencia; Diabetes; Enfermedad hepática en etapa terminal; Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD); Enfermedades hematológicos graves; VIH/SIDA; Enfermedades pulmonares crónicas; Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; Enfermedades neurológicos; Ataque cerebral.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Caja de productos frescos – Beneficio suplementario especial para los enfermos crónicos (SSBCI)</p>	<p>\$0.00 copago para los miembros que califiquen. Los miembros son elegibles para una caja de productos frescos entregada una vez al mes durante tres meses después de la finalización de los 30 días de comidas congeladas.</p> <p>Beneficio proporcionado a los miembros que se determina que son frágiles.</p>	<p>\$0.00 copago para los miembros que califiquen. Los miembros son elegibles para una caja de productos frescos entregada una vez al mes durante tres meses después de la finalización de los 30 días de comidas congeladas.</p> <p>El beneficio se aplica a las siguientes condiciones: dependencia crónica del alcohol y otras drogas; Enfermedades autoinmunes; Cáncer; Enfermedades cardiovasculares; Insuficiencia cardíaca crónica; Demencia; Diabetes; Enfermedad hepática en etapa terminal; Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD); Enfermedades hematológicas graves; VIH/SIDA; Enfermedades pulmonares crónicas; Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; Enfermedades neurológicas; Ataque cerebral.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Asistencia legal – Beneficio suplementario especial para enfermos crónicos (SSBCI)</p>	<p>\$0.00 copago por asistencia con servicios legales para obtener un poder notarial para decisiones de atención médica. Cubre honorarios legales de hasta \$250.00 una vez por vida.</p> <p>Beneficio proporcionado a los miembros que se determina que son frágiles.</p>	<p>\$0.00 copago por asistencia con servicios legales para obtener un poder notarial para decisiones de atención médica. Cubre honorarios legales de hasta \$250.00 una vez por vida.</p> <p>El beneficio se aplica a las siguientes condiciones: dependencia crónica del alcohol y otras drogas; Enfermedades autoinmunes; Cáncer; Enfermedades cardiovasculares; Insuficiencia cardíaca crónica; Demencia; Diabetes; Enfermedad hepática en etapa terminal; Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD); Enfermedades hematológicas graves; VIH/SIDA; Enfermedades pulmonares crónicas; Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; Enfermedades neurológicas; Ataque cerebral.</p>
<p>Dental</p>	<p>No se requiere autorización</p>	<p>Se requiere autorización</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 ha sido enviada en formato electrónico.

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. Por ejemplo, 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 aplicarse en su caso.** Hemos enviado 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 como “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”, llame a Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas : nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina : no pagará más de \$ 35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible.

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)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$480</p>	<p>El deducible es de \$505.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes de obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Tier 1: usted paga 25 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4430, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes de obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Tier 1: usted paga 25 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuado)</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes de en una farmacia de la red:</p> <p>Tier 1:</p> <p>Costo compartido estándar: usted paga 25 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4430, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura) o haya pagado \$7050 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes de en una farmacia de la red:</p> <p>Tier 1:</p> <p>Costo compartido estándar: usted paga 25 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura) o haya pagado \$7400 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Florida Complete Care- In The Community

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 Florida Complete Care-In The Community.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2023, pero si desea cambiar de plan, 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).

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Florida Complete Care-In The Community.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Florida Complete Care-In The Community.
- 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), durante las 24 horas, 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 Florida, el SHIP se denomina *Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)*.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del *Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)* 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 *Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)* al número que aparece en el "Anexo A" en la parte posterior de este folleto. Para obtener más información sobre *Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)*, visite su sitio web que figura en el "Anexo A" en la parte posterior de este folleto.

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:
 - Al 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).
- **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 ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa ADAP (el nombre y los números de teléfono de esta organización están en el "Anexo A" en la parte posterior de este folleto).

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Florida Complete Care- In The Community

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526). (Solo los servicios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m. siete días a la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes (excepto feriados federales) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su Evidencia de cobertura de 2023 (describe en detalle 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 Florida Complete Care-In The Community. 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 <https://fc2healthplan.com> encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. 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 <https://fc2healthplan.com> Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de

proveedores (*Directorio de proveedores*) 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), durante las 24 horas, 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.

Anexo A- Información de contacto de la agencia estatal

Esta sección proporciona la información de contacto de las agencias estatales a las que se hace referencia en este Aviso Anual de Cambios. Si tiene problemas para localizar la información que busca, comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto.

Florida	
Nombre del programa SHIP e información de contacto	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) 4040 Esplanade Way Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 1-800-963-5337 (llamada gratuita) 1-800-955-8770 (TTY) 1-850-414-2150 (fax) http://www.floridaSHINE.org
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0751 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Florida Medicaid 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308 1-877-711-3662 (llamada gratuita) 1-850-412-3600 (local) 1-866-886-4342 (fax) https://www.ahca.myflorida.com
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA	Florida ADAP Program HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399 1-850-245-4422 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español) 1-800-2437-101 (1-800-AIDS-101) (Creole) 1-888-503-7118 (TTY) http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html