

Florida Complete Care– En la Comunidad (HMO I-SNP) ofrecido por Florida Complete Care

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente está inscrito como miembro de *Florida Complete Care- In The Community*. El próximo año, habrá 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 informa sobre 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 en www.FC2healthplan.com. También puede llamar a 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 próximo año.**

¿Qué hacer ahora?

1. PREGUNTA: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Averigüe si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov/plan-compare sitio web o revise la lista en la parte posterior de su *manual Medicare & You 2024*.

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

3. ELIGE: Decide si quieres cambiar tu plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en *Florida Complete Care – In The Community*.
- Para cambiar a un **plan diferente**, puedes cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto terminará su inscripción en *Florida Complete Care – In The Community*.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratuitamente en *español*.
- Para obtener más información, comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a.m. a 8 p.m. De lunes a viernes (excepto feriados federales) del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo braille, letra grande y audio. Llame a Servicios para Miembros al número indicado anteriormente si necesita información sobre el plan en otro formato.
- **La cobertura de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.**

Acerca de *Florida Complete Care- En La Comunidad - (HMO I-SNP)*

- *Florida Complete Care es un plan HMO I-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Complete Care depende de la renovación del contrato.*
- Cuando este documento dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Florida Complete Care. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a *Florida Complete Care-In The Community (HMO I-SNP)*.

Aviso anual de cambios para 2024
Tabla de contenido

Resumen de costos importantes para 2024..... 4

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

 Sección 1.1 – Cambios en la Prima Mensual..... 6

 Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de gastos de 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 Parte D 9

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir 12

 Sección 2.1 – Si desea permanecer en *Atención completa de Florida: en la comunidad* 12

 Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan 12

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de planes 13

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare..... 13

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados 14

SECCIÓN 6 ¿Preguntas? 14

 Sección 6.1 – Obtención de ayuda de *Cuidado completo en la comunidad de Florida* 14

 Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare..... 15

SECCIÓN 7 Anexo A 16

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y los costos de 2024 para *Florida Complete Care-In The Community* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

| Costar | 2023 (este año) | 2024 (el año que viene) |
|---|--|--|
| <p>Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.</p> | \$35.90 | \$37.70 |
| <p>Deducible</p> | \$505 | \$545 <i>Excepto en el caso de la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero</i> |
| <p>Monto máximo de desembolso personal Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p> | \$3400 | \$3400 |
| <p>Visitas al consultorio médico</p> | <p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas al especialista: 20% de <i>coaseguro</i> por visita</p> | <p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas al especialista: 20% por visita</p> |
| <p>Estadías hospitalarias para pacientes hospitalizados</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1600 • Días 1 a 60: copago de \$0 • Días 61 a 90: copago de \$400 por día | <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1600 • Días 1 a 60: copago de \$0 • Días 61 a 90: copago de \$400 por día |

| Costar | 2023 (este año) | 2024 (el año que viene) |
|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Días 91 y posteriores: copago de \$800 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida). Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costes. | <ul style="list-style-type: none"> Días 91 y posteriores: copago de \$800 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida). Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costes. <p>Estos son montos de costos compartidos de 2023 y pueden cambiar para 2024. <i>Florida Complete Care</i> proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p> |
| <p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p> | <p>Deducible: \$505</p> <p>Excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: 25% Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. | <p>Deducible: \$545</p> <p>Excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: 25% Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <p>Cobertura catastrófica:</p> |

| Costar | 2023 (este año) | 2024 (el año que viene) |
|--------|---|---|
| | <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. • Por cada receta, usted paga el que sea mayor: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (esto se llama coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como un genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos). | <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No pagas nada. |

SECCIÓN 1 Cambios en el beneficio Costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la Prima Mensual

| Costar | 2023 (este año) | 2024 (el año que viene) |
|--|-----------------|-------------------------|
| Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare). | \$35.90 | \$37.70 |

- La prima mensual de su plan será *mayor* si se le exige que pague una multa de por inscripción tardía de por vida en la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si está recibiendo "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 con respecto a la "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de desembolso. Una vez que alcanza esta cantidad, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

| Costar | 2023 (este año) | 2024 (el año que viene) |
|--|-----------------|---|
| <p>Monto máximo de desembolso personal</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. La prima de su plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de 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 las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en www.FC2healthplan.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, que le enviaremos por correo dentro de los tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores de 2024 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de farmacias de 2024 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. En la siguiente información se describen estos cambios.

| Costar | 2023 (este año) | 2024 (el año que viene) |
|---|--|---|
| Suministros para diabéticos | Se requiere autorización para suministros no preferidos para diabéticos. | Se requiere autorización |
| Alimentos y productos agrícolas; Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés) No todos los miembros califican | No cubierto | \$40 por trimestre Este beneficio se proporciona a través de una tarjeta de débito, que asigna \$40 por trimestre. |
| De venta libre (OTC) | \$275 por trimestre | \$275 por trimestre Este beneficio se proporciona a través de una tarjeta de débito, que asigna \$275 para gastos OTC por trimestre. |
| Servicios psiquiátricos | Se requiere autorización | Se requiere autorización en algunos servicios. |

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra "Lista de medicamentos"

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o "Lista de medicamentos". Una copia de nuestra "Lista de medicamentos" se proporciona electrónicamente e incluye muchos, pero no todos, de los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve su medicamento en esta lista, es posible que aún esté cubierto. **Puede obtener la "Lista de medicamentos" completa** llamando a Servicios para Miembros (consulte la contraportada) o visitando nuestro sitio web (www.FC2healthplan.com).

Hicimos cambios en nuestra "Lista de medicamentos", que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos

medicamentos o moverlos a un nivel diferente de costos compartidos. **Revise la "Lista de medicamentos" para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción, o si su medicamento se ha trasladado a un nivel diferente de costos compartidos.**

La mayoría de los cambios en la "Lista de Medicamentos" son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por el fabricante de un producto. 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 a principios de 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 y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

A partir de 2024, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra "Lista de medicamentos" si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con una nueva versión genérica en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. 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 costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones o ambos.

Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca que está siendo reemplazado o trasladado a un nivel de costo compartido más alto, ya no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni recibirá un suministro de un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que se realice el cambio.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional"), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un folleto separado, llamado "Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Medicamentos Recetados" (también llamado Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Anexo de LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda adicional" y no recibió este prospecto con este paquete, y no lo ha recibido antes del 30 de septiembre de 2023, llame a Servicios para Miembros y pregunte por la cláusula adicional de LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información muestra los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La

mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de Brecha de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica).

Cambios en la etapa del deducible

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

Cambios en los costos compartidos en la etapa inicial de cobertura

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (el año que viene) |
|--|---|--|
| <p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que pagas el deducible anual, pasas a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p> | <p>El costo de un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga el 25% del costo total.</p> | <p>El costo de un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga el 25% del costo total. Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> |
| <p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)</p> | | |

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (el año que viene) |
|--|--|--|
| <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> | <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4660, pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha de cobertura). <i>O</i> ha pagado \$7,400 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p> | <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura). <i>O</i> ha pagado \$8,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p> |

Cambios en la Brecha de Cobertura y Etapas de Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de Brecha de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de Brecha de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica.**

A partir de 2024, si llega a la etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea permanecer en *Florida, Complete Care-In The Community*

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro programa *Florida Complete Care-In The Community*.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerte como miembro el próximo año, pero si quieres cambiar de planes para 2024, sigue estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O bien*, puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el *manual Medicare y usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Paso 2: Cambia tu cobertura

- Para cambiarse a **un plan de salud de Medicare diferente**, insíbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en *Florida Complete Care-In The Community*.
- Para cambiarse a **Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, insíbase en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en *Florida Complete Care-In The Community*.
- Para cambiarse a **Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Póngase en contacto con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – *o bien* – 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 3 Fecha límite para cambiar de planes

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

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, las que reciben "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos, las que tienen o están dejando la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de 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 de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en todos los estados. En *Florida*, el SHIP se llama *Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)*.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare. *Los consejeros de Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)* pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de 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.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán una brecha de cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes para un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia para compartir el costo de los medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)** ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y el estado de VIH, los bajos ingresos según lo define el estado y el estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir asistencia para compartir los costos de los medicamentos recetados a través del Programa ADAP de Florida y la Sección de VIH/SIDA. 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 se encuentran en el "Anexo A" en la parte posterior de este folleto).

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

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

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarte. Llame a Servicios para Miembros al -833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. (TTY solamente, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana,

(excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a.m. a 8 p.m.

Lunes-

Viernes (excepto feriados federales) del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más detalles, consulte *la Evidencia de Cobertura de 2024 para la Atención Completa en la Comunidad de Florida*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.FC2healthplan.com. También puede llamar

a 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.FC2healthplan.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/"Lista de medicamentos")*.

Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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 el costo, la cobertura y la calidad de las calificaciones por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted 2024*

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

Sección 7 – Anexo A

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 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 e información de contacto de SHIP | Atender las necesidades de seguro médico de los ancianos (SHINE) 4040 Camino de la Explanada Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 1-800-963-5337 (línea gratuita) 1-800-955-8770 (TTY) 1-850-414-2150 (fax) |
| 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 (línea gratuita) 1-850-412-3600 (local) 1-866-886-4342 (fax) http://www.ahca.myflorida.com |
| Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA | Programa ADAP de Florida Sección de VIH/SIDA 4052 Camino del ciprés calvo Tallahassee, FL 32399 1-850-245-4422 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español) 1800-2437-101 (1-800-AIDS-101) (criollo) 1-888-503-7118 (TTY) http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html |

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-322-7526; TTY/TDD: 711. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-322-7526; TTY/TDD: 711. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-833-322-7526; TTY/TDD: 711。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-833-322-7526; TTY/TDD: 711。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-322-7526; TTY/TDD: 711. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-322-7526; TTY/TDD: 711. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-322-7526; TTY/TDD: 711 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-322-7526; TTY/TDD: 711. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-322-7526; TTY/TDD: 711 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-833-322-7526; TTY/TDD: 711. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا ع , TTY/TDD: 711, 1-833-322-7526 سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं- एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-833-322-7526; TTY/TDD: 711 पर फोन करें- कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है- यह एक मुफ्त सेवा है-

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-833-322-7526; TTY/TDD: 711. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-322-7526; TTY/TDD: 711. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-322-7526 ; TTY/TDD: 711. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-322-7526; TTY/TDD: 711. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-322-7526; TTY/TDD: 711 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。