

El plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA (HMO-POS) es ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (plan Value VA)

Notificación Anual de Cambios para el 2023

Usted está actualmente inscrito como miembro del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios de nuestro plan. Consulte la página 4 para ver un resumen de costos importantes, incluidas las primas.

Este documento le informa sobre los cambios a su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la **Evidencia de Cobertura**, que encontrará en nuestro sitio web **kp.org**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos la **Evidencia de Cobertura** por correo.

Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.

Qué debe hacer ahora

1. Pregunte: ¿Cuáles cambios se aplican en su caso?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para averiguar si le afectan.
 - ◆ Revise los cambios a los costos de la atención médica (médico, hospital).
 - ◆ Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - ◆ Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la Lista de Medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma en la actualidad aún tengan cobertura.
- Verifique para consultar si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, formarán parte de nuestra red el próximo año.
- Piense en si está satisfecho con nuestro plan.

2. Compare: Obtenga más información sobre otras opciones de planes.

- Revise la cobertura y los costos del plan en su área.
 - ◆ Utilice el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte trasera de su manual de **Medicare y Usted** para el 2023.
- Una vez que delimite sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. Elija: Decida si quiere o no cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, mantendrá el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA.
- 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 en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA.
- Si se mudó recientemente a una institución, o vive en una o se fue de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin otro plan con cobertura para medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de manera gratuita en español. Para obtener información adicional, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at 1 888 777 5536 for additional information. (TTY users should call 711.) Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.
- Este documento está disponible en braille o letra grande; si lo necesita así, llame a Servicio a los Miembros.
- La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud 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 plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA

- Kaiser Permanente es un plan HMO y HMO-POS con un contrato de Medicare. La inscripción a Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Plan de Salud). Las palabras "plan" o "nuestro plan" se refieren a Kaiser Permanente Medicare Advantage.

Notificación Anual de Cambios para el 2023

Índice

Resumen de costos importantes para 2023	4
Sección 1 — Cambios en los beneficios y costos del próximo año.....	5
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	5
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo	5
Sección 1.3 – Cambios en los proveedores y en las farmacias de la red	6
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos	6
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	11
Sección 2 — Cómo decidir qué plan elegir.....	14
Sección 2.1 – Si desea permanecer en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA.....	14
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	14
Sección 3 — Fecha límite para cambiar de plan	15
Sección 4 — Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	16
Sección 5 — Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....	16
Sección 6 — ¿Tiene alguna pregunta?	17
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de nuestro plan	17
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	17

Resumen de costos importantes para 2023

En la siguiente tabla, se comparan los costos para 2022 y 2023 del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este solo es un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima podría ser mayor o menor que este monto. Para obtener más datos, consulte la Sección 1.1.	\$0*	\$0*
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para obtener más datos, consulte la Sección 1.2).	\$6,500	\$6,500
Visitas al consultorio médico	Visitas para atención médica primaria: \$10 por visita. Visitas con un especialista: \$45 por visita.	Visitas para atención médica primaria: \$5 por visita. Visitas con un especialista: \$35 por visita.
Hospitalizaciones	Por cada hospitalización, \$300 por día para los primeros 5 días.	Por cada hospitalización, \$300 por día para los primeros 5 días.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Para obtener más datos, consulte la Sección 1.5). Costo compartido preferido durante la Etapa de Cobertura Inicial (suministro de hasta 30 días)	Nivel de medicamento 1: \$3 Nivel de medicamento 2: \$12 Nivel de medicamento 3: \$45 Nivel de medicamento 4: \$100 Nivel de medicamento 5: 33% Nivel de medicamento 6: \$0	Nivel de medicamento 1: \$0 Nivel de medicamento 2: \$12 Nivel de medicamento 3: \$45 Nivel de medicamento 4: \$100 Nivel de medicamento 5: 33% Nivel de medicamento 6: \$0

Sección 1 — Cambios en los beneficios y costos del próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Prima mensual sin beneficios suplementarios opcionales (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$0	\$0
Prima mensual con beneficios suplementarios opcionales Esta prima del plan solo se aplica en su caso si está inscrito para recibir nuestro paquete de beneficios suplementarios opcionales. (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$25	\$20

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D de por vida por permanecer sin una cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar directamente al gobierno un monto mensual adicional por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si está recibiendo “Beneficio Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 5 sobre el “Beneficio Adicional” de Medicare.

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

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto de “gastos de bolsillo” para el año. Este límite se llama “monto máximo de gastos de bolsillo”. En cuanto llegue a este monto, por lo general, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B (y otros servicios de atención para la salud que no cubre Medicare según se describe en el Capítulo 4 de la **Evidencia de Cobertura**) el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como los copagos) cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. La prima y los costos por medicamentos recetados de su plan no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	\$6,500	<p style="text-align: center;">\$6,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,500 en gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (así como por algunos servicios de atención para la salud que no cubre Medicare), no pagará nada por estos servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en los proveedores y en las farmacias de la red

Encontrará directorios actualizados en nuestro sitio web en kp.org/directory. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Consulte nuestro Directorio de Proveedores de 2023 para averiguar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Hay cambios en la red de farmacias para el próximo año. **Consulte el Directorio de Farmacias de 2023 para ver qué farmacias forman parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que en el curso del año podríamos cambiar los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan. Si un cambio en sus proveedores a mediados de año le afecta, comuníquese con Servicio a los Miembros para que podamos ayudarle.

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

Estamos haciendo cambios a los costos y beneficios para ciertos servicios médicos el próximo año. Estos cambios se describen a continuación.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Servicios dentales Cubrimos cierta atención dental preventiva e integral:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención dental preventiva 	<p>Usted paga \$30 por visita para la mayoría de los servicios de atención preventiva (se limita a 2 visitas por año para exámenes bucales, limpiezas y radiografías de aleta de mordida, y a 1 tratamiento con fluoruro).</p>	<p>\$0 para la mayoría de los servicios de atención preventiva (limitado a 2 visitas por año para exámenes orales y limpieza de dientes, 1 tratamiento con fluoruro por año, y series de radiografías intraorales limitadas a 1 cada tres años y 1 radiografía de aleta de mordida por año).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Atención dental integral 	<p>Usted paga entre \$0 y \$3,658, según el servicio.</p>	<p>Usted paga 50 % de coseguro para atención dental integral hasta que el plan haya pagado \$1,000 (límite anual de beneficios). Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$1,000 para la atención dental integral, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Nota: Su límite anual de beneficios aumenta si está inscrito en beneficios adicionales opcionales (consulte “Advantage Plus” a continuación).</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Servicios dentales antes de los trasplantes Cubrimos los servicios dentales necesarios para garantizar que la cavidad bucal esté libre de infecciones antes de ser incluido en la lista de espera de trasplantes de células madre alogénicas/médula ósea, corazón, riñón, hígado, pulmón, páncreas y trasplantes de órganos múltiples. (Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener la lista completa de servicios dentales cubiertos).</p>	Usted paga \$45 por visita al consultorio por servicios necesarios para el trasplante.	Usted paga \$35 por visita al consultorio por servicios necesarios para el trasplante.
Departamento de Emergencias	Usted paga \$90 por visita	Usted paga \$95 por visita
Audífonos	Cada tres años, recibe una asignación de \$500 para audífonos por oído. Si los audífonos que compró cuestan más de \$500 por oído, usted paga la diferencia.	Cada tres años, recibe una asignación de \$1,000 para audífonos por oído. Si los audífonos que compró cuestan más de \$1,000 por oído, usted paga la diferencia. Su asignación aumenta si se inscribe en beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus).

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Medicare Explorer de Kaiser Permanente (beneficio adicional en el punto de servicio)</p> <p>Si viaja fuera del área de servicio de Kaiser Permanente, pero dentro de los Estados Unidos o sus territorios, cubrimos las visitas al consultorio de atención preventiva, de rutina, de seguimiento o continuas y determinados exámenes y servicios ambulatorios obtenidos de proveedores de Medicare que no pertenecen a la red que no excedan los \$1,200 del monto máximo de beneficio en cargos cubiertos por el plan por año calendario. Consulte la EOC para obtener detalles de la cobertura y una lista completa de los servicios cubiertos.</p>	<p>Usted paga \$20 por visita para visitas de telesalud.</p> <p>Usted paga \$0 para los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP).</p>	<p>Usted paga \$0 para visitas de telesalud de proveedores de la red.</p> <p>Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) no están cubiertos fuera de la red.</p>
<p>Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla</p>	<p>Usted paga \$40 por visitas</p>	<p>Usted paga \$35 por visitas</p>
<p>Visitas de atención de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga \$10 por visita grupal y \$20 por visita individual.</p>	<p>Usted paga \$5 por visita grupal y \$10 por visita individual.</p>
<p>Artículos de Venta Libre (Over-the-Counter, OTC)</p>	<p>Usted recibe un monto de \$30 por beneficios trimestrales para pedir artículos de venta sin receta de nuestro catálogo.</p>	<p>Usted recibe un monto de \$50 por beneficios trimestrales para pedir artículos de venta sin receta de nuestro catálogo.</p>
<p>Hospitalización parcial</p>	<p>Usted paga \$10 por día.</p>	<p>Usted paga \$5 por día.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Visitas de atención primaria Incluye visitas de atención primaria para atención quiropráctica cubierta por Medicare, acupuntura cubierta por Medicare y exámenes de los ojos con un optometrista.	Usted paga \$10 por visita	Usted paga \$5 por visita
Servicios de rehabilitación pulmonar	Usted paga \$30 por visita	Usted paga \$20 por visita
Servicios terapéuticos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios		
<ul style="list-style-type: none"> • IRM, TC y TEP. 	Usted paga \$175 por procedimiento.	Usted paga \$140 por procedimiento.
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de radioterapia. 	Usted paga \$50 por visita	Usted paga \$35 por visita
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Por período de beneficios, usted paga \$0 por día durante los primeros 20 días y \$188 diarios del día 21 al 100.	Por período de beneficios, usted paga \$0 por día durante los primeros 20 días y \$196 diarios del día 21 al 100.
Visitas al consultorio de especialistas Incluye servicios de rehabilitación cardíaca, exámenes de los ojos con un oftalmólogo, servicios de audición, servicios de tratamiento con opioides, servicios de podología y visitas de atención de urgencia.	Usted paga \$45 por visita	Usted paga \$35 por visita
Terapia Supervisada de Ejercicio (Supervised Exercise Therapy, SET)	Usted paga \$30 por visita	Usted paga \$25 por visita

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Advantage Plus (beneficios adicionales opcionales) Servicios dentales</p>	<p>Servicios dentales preventivos: Usted paga \$10 por visita para servicios dentales preventivos.</p> <p>Servicios dentales integrales: \$0–\$3,658 por servicios dentales integrales, según el servicio.</p>	<p>Los servicios dentales preventivos ya no están incluidos en el paquete de Advantage Plus, pero usted recibe beneficios dentales preventivos como parte de su plan estándar, tal como se describe en la fila “Servicios dentales” anterior.</p> <p>Servicios dentales integrales: Usted paga 50 % de coseguro para atención dental integral hasta que el plan haya pagado \$500 (límite anual de beneficios), por un límite anual de beneficios combinado de \$1,500.</p> <p>Cuando alcance el límite anual de beneficios combinados de \$1,500 para atención dental integral, paga el 100 % durante el resto del año.</p>

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 llama lista de medicamentos recetados disponibles o Lista de Medicamentos. Puede consultar electrónicamente una copia de nuestra Lista de Medicamentos en kp.org/seniorrx.

Hicimos cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y averiguar si habrá restricciones.

La mayoría de los cambios en nuestra Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare a lo largo del año. Por ejemplo, podemos quitar inmediatamente medicamentos que la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) considere peligrosos o que los fabricantes retiren del mercado. 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, consulte el Capítulo 9 de su **Evidencia de Cobertura** y hable con su médico para conocer sus opciones, tales como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio a los Miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que ofrece ayuda para pagar sus medicamentos (“Beneficio Adicional”), la información de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso. Le enviaremos un documento aparte titulado **“Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Beneficio Adicional para sus medicamentos recetados”** (conocida también como “Cláusula de subsidio de bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”) en el cual se explican los costos de sus medicamentos. Si recibe “Beneficio Adicional” y no ha recibido esta cláusula antes del 30 de septiembre de 2022, por favor llame a Servicio a los Miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

Hay cuatro “etapas de pagos de medicamentos”.

En la información a continuación, se muestran los cambios para las dos primeras etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura o la Etapa de Cobertura para Catástrofes).

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. Comuníquese a Servicio a los Miembros (Member Services) para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más de \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.

Cambios en su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponda, y usted paga la suya.</p> <p>Los costos que aparecen en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surte su receta médica en una farmacia de la red. Si desea información sobre los costos de un suministro a largo plazo o sobre el envío por correo de medicamentos recetados, vea la Sección 5 del Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, consulte la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1, Medicamentos genéricos preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo compartido preferido: Usted paga \$3 por receta médica. • Costo compartido estándar: Usted paga \$10 por receta médica. <p>Nivel 2, Medicamentos genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo compartido preferido: Usted paga \$12 por receta médica. • Costo compartido estándar: Usted paga \$20 por receta médica. <p>Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo compartido preferido: Usted paga \$45 por receta médica. • Costo compartido estándar: Usted paga \$47 por receta médica. <p>Nivel 4, Medicamentos de marca no preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 por receta médica. <p>Nivel 5, Medicamentos especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 33 % del costo total. <p>Nivel 6, Vacunas inyectables de la Parte D:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por receta médica. 	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1, Medicamentos genéricos preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo compartido preferido: Usted paga \$0 por receta médica. • Costo compartido estándar: Usted paga \$10 por receta médica. <p>Nivel 2, Medicamentos genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo compartido preferido: Usted paga \$12 por receta médica. • Costo compartido estándar: Usted paga \$20 por receta médica. <p>Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo compartido preferido: Usted paga \$45 por receta médica. • Costo compartido estándar: Usted paga \$47 por receta médica. <p>Nivel 4, Medicamentos de marca no preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 por receta médica. <p>Nivel 5, Medicamentos especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 33 % del costo total. <p>Nivel 6, Vacunas inyectables de la Parte D:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por receta médica.

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	En cuanto sus costos totales por medicamentos equivalgan a \$4,430 , pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período de intervalo en la cobertura).	En cuanto sus costos totales por medicamentos equivalgan a \$4,660 , pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período de intervalo en la cobertura).

Sección 2 — Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea permanecer en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA

No necesita hacer nada si desea quedarse en nuestro plan. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si desea cambiar de plan en 2023, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese más y compare sus opciones

- Puede afiliarse a otro plan de salud de Medicare.
- O puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que 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 1.1 sobre una posible penalización por inscripción tardía en la Parte D.

Si desea información adicional sobre el plan Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual **Medicare y Usted** para el 2023, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Como recordatorio, Kaiser Permanente ofrece otros planes de salud de Medicare. Dichos planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Si desea cambiarse a otro plan de salud de Medicare, inscríbese en un plan nuevo. Se cancelará automáticamente su membresía en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA.
- Si desea cambiar al plan Original Medicare con un plan de medicamentos recetados, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su membresía en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA.
- Si desea cambiar al plan Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, puede:
 - ◆ Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Llame a Servicio a los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - ◆ O comunicarse con **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 3 — Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2023.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, se permiten cambios en otros períodos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Beneficio Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o están abandonando la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2023 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o 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 se mudó recientemente a una institución, o vive en una o se fue de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura en cualquier momento. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin la cobertura para medicamentos de venta con receta médica de Medicare) o a Original Medicare (con o sin otro plan con cobertura para medicamentos de venta con receta médica de Medicare) en cualquier momento.

Sección 4 — Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno independiente que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Virginia, el SHIP se llama Virginia Insurance Counseling and Assistance Program.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal y que ofrece asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Virginia Insurance Counseling and Assistance Program pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al

Puede obtener más información sobre el Programa de Asesoramiento y Asistencia de Seguros de Virginia visitando su sitio web (www.vda.virginia.gov).

Sección 5 — Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted podría reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, mencionamos diferentes tipos de ayuda:

- **"Beneficio Adicional" de Medicare.** Es posible que las personas con bajos ingresos reúnan los requisitos para obtener "Beneficio 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, quienes reúnan los requisitos no tendrán un período de intervalo en la cobertura ni una penalización por inscripción tardía. Para saber si cumple con los requisitos, llame a:
 - ◆ **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** 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**.
 - ◆ su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados para las personas con VIH o SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas con VIH o SIDA que califican para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos conforme a la definición del estado y sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para la asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados por medio del **ADAP de Virginia**. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al **1-855-362-0658**.

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.

Sección 6 — ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de nuestro plan

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarle. Por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536**. (Para los usuarios de TTY, llame al **711**). Atendemos las llamadas telefónicas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Esta **Notificación Anual de Cambios** le ofrece un resumen de los cambios en los beneficios y costos que hará su plan para el 2023. Para más información, consulte la **Evidencia de Cobertura** para el 2023 de nuestro plan. La **Evidencia de Cobertura** es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que necesita seguir cuando use su cobertura para recibir servicios cubiertos y obtener medicamentos recetados.

Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en **kp.org/eocmasma**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos la **Evidencia de Cobertura** por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en **kp.org**. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (**Directorio de Proveedores**) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos recetados disponibles/Lista de Medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Si desea 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**). Contiene información sobre el costo, la cobertura y las clasificaciones de calidad con estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite el sitio **www.medicare.gov/plan-compare**.

- **Lea el manual Medicare y Usted 2023**
 - ◆ Lea el manual **Medicare y Usted 2023**. Cada otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde las preguntas más comunes 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 deben llamar al **1-877-486-2048**.

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Medicare Advantage

MÉTODO	Servicio a los miembros - información de contacto
LLAMADAS	1-888-777-5536 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Member Services Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736
SITIO WEB	kp.org