



## **Experience Health Medicare Advantage<sup>SM</sup> (HMO) (H3777-001-02) ofrecido por Blue Cross and Blue Shield of North Carolina.**

### **Aviso anual de cambios para 2024**

Actualmente usted está inscrito como miembro de Experience Health Medicare Advantage. El próximo año habrá algunos 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 informa sobre los cambios a su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o reglas, consulte la *Constancia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [experiencehealthnc.com](http://experiencehealthnc.com). También puede llamar a Atención al cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Constancia de cobertura*.

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

---

#### **Qué hacer ahora**

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

- Revise los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si le afectan a usted.
  - 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.
- Verifique 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.

® SM Marks de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield. Experience Health es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, que presta servicios en Carolina del Norte.

## 2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su zona. Utilice el Buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- Una vez que especifique su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

## 3. ELIJA: Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan hasta el 7 de diciembre de 2023, se quedará en Experience Health Medicare Advantage.
- 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 2024**. Esto finalizará su inscripción con Experience Health Medicare Advantage.
- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente ahí o acaba de mudarse de ella (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

- El presente documento está disponible de manera gratuita en español.
- Por favor, llame a número del Servicio de Atención al Cliente 1-833-777-7394 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. todos los días. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos. Por favor llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener información adicional.
- **La cobertura de este Plan califica como Cobertura de Salud Admitida (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

## Acerca de Experience Health Medicare Advantage

- Experience Health Medicare Advantage es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Experience Health Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Experience Health, Inc. (Blue Cross NC). Los términos "plan" o "nuestro plan", significan Experience Health Medicare Advantage.

**Aviso anual de cambios para 2024****Índice**

<b>Resumen de los costos importantes para el año 2024 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1 - Cambios en la prima mensual.....	7
Sección 1.2 - Cambios en su monto máximo de bolsillo.....	7
Sección 1.3 - Cambios en las redes 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 de medicamentos con receta de la Parte D .....	10
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>14</b>
Sección 3.1 - Si quiere permanecer en <i>Experience Health Medicare Advantage</i> .....	14
Sección 3.2 - Si usted desea cambiar de plan .....	14
<b>SECCIÓN 4 Fecha límite para el cambio de planes .....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Preguntas? .....</b>	<b>18</b>
Sección 7.1 - Cómo obtener ayuda de Experience Health Medicare Advantage .....	18
Sección 7.2 - Cómo obtener ayuda de Medicare .....	18

## Resumen de los costos importantes para el año 2024

En la tabla que figura a continuación se comparan los costos de 2023 y 2024 para Experience Health Medicare Advantage en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$0	\$0
* Su prima podrá ser superior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.		
<b>Deducible</b>	\$0	\$0
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>	\$3,900	\$3,500
Esta es la <u>cantidad máxima</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).		
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialista: \$20 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialista: \$20 por visita
<b>Internación en el hospital</b>	Usted paga un copago de \$295 por día durante los primeros 6 días por cada internación cubierta por Medicare en un hospital de la red. Usted paga \$0 por días adicionales en un hospital de la red.	Usted paga un copago de \$295 por día durante los primeros 6 días por cada internación cubierta por Medicare en un hospital de la red. Usted paga \$0 por días adicionales en un hospital de la red.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/ Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel del medicamento 1: \$0 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, farmacia de pedido por correo estándar o farmacia fuera de la red</p> <p>Nivel del medicamento 2: \$5 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, farmacia de pedido por correo estándar o farmacia fuera de la red</p> <p>Nivel del medicamento 3: \$45 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, farmacia de pedido por correo estándar, o farmacia fuera de la red</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel del medicamento 4: \$99 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, farmacia de pedido por correo estándar, o farmacia fuera de la red</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/ Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel del medicamento 1: \$0 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, farmacia de pedido por correo estándar, o farmacia fuera de la red</p> <p>Nivel del medicamento 2: \$5 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, farmacia de pedido por correo estándar, farmacia de pedido por correo preferida o farmacia fuera de la red</p> <p>Nivel del medicamento 3: \$45 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, farmacia de pedido por correo estándar, farmacia de pedido por correo preferida o farmacia fuera de la red</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel del medicamento 4: \$99 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, farmacia de pedido por correo estándar, farmacia de pedido por correo preferida o farmacia fuera de la red</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina en este nivel.</p>
Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)

Nivel del medicamento 5:  
33% del costo total para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, farmacia de pedido por correo estándar, o farmacia fuera de la red

Nivel del medicamento 6: \$0 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, farmacia de pedido por correo estándar, o farmacia fuera de la red

Cobertura en caso de catástrofe:

Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.

Nivel del medicamento 5:  
33% del costo total para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, farmacia de pedido por correo estándar, farmacia de pedido por correo preferida o farmacia fuera de la red

Nivel del medicamento 6: \$0 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, farmacia de pedido por correo estándar, farmacia de pedido por correo preferida o farmacia fuera de la red

Cobertura en caso de catástrofe

Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

### Sección 1.1 - Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- La prima mensual de su plan será *mayor* si se le exige que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D vitalicia por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si usted tiene un ingreso mayor, puede que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes, directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

### Sección 1.2 - Cambios en su monto máximo de bolsillo

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>	\$3,900	\$3,500
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su máximo de monto que paga de su bolsillo. La prima del plan y sus costos por medicamentos con receta no cuentan para su monto máximo que paga de su bolsillo.		Una vez que haya pagado \$3,500 de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

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

Los directorios actualizados están en nuestro sitio web en [experiencehealthnc.com](https://experiencehealthnc.com). También puede llamar a Atención al cliente para obtener información actualizada del proveedor y/o la farmacia, o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, que le enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. **Revise el *Directorio de Proveedores 2024* para saber si sus proveedores (proveedores 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 2024* para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios durante el año en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y farmacias que son parte de su plan. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicio al cliente para que podamos ayudarlo.

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

Realizaremos cambios en los costos y beneficios de determinados servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. *Tenga en cuenta que a partir del mes de julio de 2023, la participación en los costos por la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero está sujeta a un tope de coseguro de \$35 por el suministro de insulina para un mes.*

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Detección del cáncer colorrectal	Para 2023, las pruebas de detección del cáncer colorrectal estuvieron cubiertas para las personas de 50 años de edad o más.	Para 2024, las pruebas de detección del cáncer colorrectal están cubiertas para las personas de 45 años de edad o más.
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$90 por este beneficio.	Usted paga un copago de \$120 por este beneficio.
Servicios asistenciales a domicilio	NationsBenefits fue el proveedor para 2023.	CareLinx es el proveedor para 2024.  Comuníquese con CareLinx al 1-866-241-7930, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 8 p.m. EST.



Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención hospitalaria	No hay beneficio de transporte ni de alojamiento para 2023.	<p>Para 2024, para recibir el beneficio de transporte y alojamiento, el centro de trasplantes o el lugar autorizado para los servicios de trasplante deberá estar ubicado como mínimo a 100 millas (ida) del domicilio del afiliado (no de un apartado postal). El costo del transporte y alojamiento son para el afiliado y una persona elegible que lo acompañe durante el episodio de atención del afiliado.</p> <p>El episodio de atención del afiliado se define como los 5 días anteriores al trasplante y finaliza un año después de la fecha de la intervención quirúrgica de trasplante. El monto máximo a pagar por los servicios permitidos de transporte y alojamiento relacionados con un trasplante cubierto asciende a \$10,000 por trasplante.</p>
Medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare	Usted paga un coseguro de 20% por este beneficio.	Usted paga un coseguro de 0% - 20% por este beneficio.
Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)	Hay una asignación de \$110 cada tres meses.	Hay una asignación de \$150 cada tres meses. Debe utilizar el proveedor designado.
Control continuo de la glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) preferido	Usted no paga nada por este beneficio.	<p>Los productos de control continuo de la glucosa (CGM) preferidos adquiridos a través de la farmacia incluyen Dexcom G6, Dexcom G7 cuando se usan con un Receptor Dexcom, Abbott Freestyle Libre, Freestyle Libre 2 y Freestyle Libre 3 cuando se usa con un receptor Freestyle Libre. Los CGM pueden estar sujetos a autorización previa.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de rehabilitación pulmonar	Usted paga un copago de \$20 por este beneficio.	Usted paga un copago de \$15 por este beneficio.
Estancia en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) cubierta por Medicare	Usted paga un copago de \$0 por los días 1-20 Usted paga un copago de \$165 por los días 21-45. Usted paga un copago de \$0 por los días 46-100.	Usted paga un copago de \$0 por los días 1-20. Usted paga un copago de \$203 por los días 21-45. Usted paga un copago de \$0 por los días 46-100.
Terapia con ejercicios supervisados (SET)	Usted paga un copago de \$30 por este beneficio.	Usted paga un copago de \$25 por este beneficio.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$35 por este beneficio.	Usted paga un copago de \$60 por este beneficio.
Cobertura de emergencias en todo el mundo	Usted paga un copago de \$90 por este beneficio.	Usted paga un copago de \$120 por este beneficio.
Cobertura de urgencias en todo el mundo	Usted paga un copago de \$35 por este beneficio.	Usted paga un copago de \$60 por este beneficio.

## Sección 1.5 - Cambios en la cobertura de 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". Se proporciona una copia de nuestra "Lista de medicamentos" en formato electrónico.

Hicimos cambios en nuestra "Lista de medicamentos", que podrían incluir la eliminación o la incorporación de medicamentos, cambios en las restricciones que aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o cambiarlos a un nivel distinto de costo compartido. **Revise la "Lista de medicamentos" para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá algún tipo de restricción o si se cambió su medicamento a un nivel distinto de costo compartido.**

La mayoría de los cambios en la "Lista de medicamentos" son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la FDA considera inseguros o que un fabricante del producto ha retirado del mercado. Actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si usted 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 Constancia 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 el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

Hemos introducido cambios en la lista de medicamentos de insulina que estarán cubiertos como insulinas con un costo compartido menor. Para saber qué medicamentos son insulinas, revise la "Lista de medicamentos" más reciente que le enviamos electrónicamente. Todas las insulinas de nuestra "Lista de medicamentos" están incluidas en el programa. Si tiene preguntas sobre la "Lista de medicamentos", también puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

### Cambios en los costos de medicamentos con receta

**Nota:** Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos ("Extra Help"), **la información sobre costos de medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Le enviamos una tarjeta separada, con el título "Cláusula adicional de Constancia de cobertura para personas que reciben Extra Help para pagar medicamentos con receta" (también denominado "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional de LIS"), que le informa los costos de sus medicamentos. Si usted recibe "Extra Help" y no ha recibido esta tarjeta para el 30 de septiembre de 2023, por favor llame al Servicio de Atención al Cliente y pregunte por la "Cláusula adicional de LIS".

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La información a continuación 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 del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).

### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	Debido a que no tenemos ningún deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	Debido a que no tenemos ningún deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

**Cambios en su costo compartido en la etapa de cobertura inicial**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos que se incluyen en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surte su receta en una farmacia dentro de la red. Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo o para las recetas de pedido por correo consulte el <b>Capítulo 6, Sección 5</b> de su <i>Constancia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel para algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en nuestra Lista de medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin ningún costo para usted.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia dentro de la red:</p> <p><b>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:</b></p> <p>Usted paga \$0 por cada receta.</p> <p><b>Nivel 2 - Medicamentos genéricos:</b></p> <p>Usted paga \$5 por cada receta.</p> <p><b>Nivel 3 - Marca preferida:</b></p> <p>Usted paga \$45 por cada receta.</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 – Medicamento no preferido:</b></p> <p>Usted paga \$99 por cada receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5 - Nivel de especializados:</b></p> <p>Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>El Nivel 5 se limita a un suministro de 30 días por cada vez que se surta.</p> <p><b>Medicamentos de atención selecta de Nivel 6:</b></p> <p>Usted paga \$0 por cada receta.</p> <p><b>Insulinas:</b></p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia dentro de la red:</p> <p><b>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:</b></p> <p>Usted paga \$0 por cada receta.</p> <p><b>Nivel 2 - Medicamentos genéricos:</b></p> <p>Usted paga \$5 por cada receta.</p> <p><b>Nivel 3 - Marca preferida:</b></p> <p>Usted paga \$45 por cada receta.</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 – Medicamento no preferido:</b></p> <p>Usted paga \$99 por cada receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5 - Nivel de especializados:</b></p> <p>Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>El Nivel 5 se limita a un suministro de 30 días por cada vez que se surta.</p> <p><b>Medicamentos de atención selecta de Nivel 6:</b></p> <p>Usted paga \$0 por cada receta.</p> <p><b>Insulinas:</b></p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	Usted paga \$35 por un suministro de 30 días en farmacias para insulinas minoristas o de pedido por correo estándar y preferidas.	Usted paga \$35 por un suministro de 30 días en farmacias para insulinas minoristas o de pedido por correo estándar y preferidas.
	Una vez que los costos totales de sus medicamentos han alcanzado \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).	Una vez que los costos totales de sus medicamentos han alcanzado \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).

**Cambios en las Etapas del período sin cobertura y de cobertura en caso de catástrofe**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.**

**A partir de 2024, si usted llega a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga que compartir los costos de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio ampliado.**

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Constancia de cobertura*.

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos**

	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cambios de dirección	Los pagos sin cita previa y la correspondencia se aceptan en 5660 University Pkwy, Winston-Salem, NC 27105.	<p>Las siguientes direcciones de Blue Cross NC cambiaron en la Constancia de cobertura (EOC) de 2024:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pagos sin cita previa o la correspondencia ya no se aceptan en 5660 University Pkwy, Winston-Salem, NC 27105.</li> <li>- Los pagos y la correspondencia se aceptan en nuestra oficina en 1965 Ivy Creek Blvd, Durham, NC 27707.</li> <li>- Información de contacto del Servicio de Atención al Cliente</li> <li>- Decisiones de cobertura para atención médica</li> <li>- Decisiones de cobertura para la Parte D</li> </ul>

	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apelaciones o reclamos sobre la atención médica o la Parte D</li> <li>- Solicitudes de pago de reclamos (médicos y Parte D)</li> </ul> (Por favor, consulte su Constancia de cobertura [EOC] de 2024 para obtener las nuevas direcciones).
Cambio de número de grupo	El número de grupo para 2023 fue EH0102.	El número de grupo para 2024 es M0000005.
Reemisión de la credencial	No se reemitieron credenciales.	Las credenciales de reemplazo se emitirán en diciembre de 2023 para usarlas a partir del 1 enero de 2024. Debido a un cambio en el sistema de Blue Cross, se generó una nueva Identificación de Afiliado y un nuevo número de Grupo para usted, para lo que requiere la emisión de esta Credencial. Utilice su credencial actual hasta el 31 de diciembre de 2023.

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 - Si quiere permanecer en *Experience Health Medicare Advantage*

**Para permanecer en nuestro plan no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, quedará inscripto automáticamente en nuestro plan Experience Health Medicare Advantage.

### Sección 3.2 - Si usted desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año, pero si quiere cambiar de plan para 2024 siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Usted puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare,

- *O--* Puede cambiar 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 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2). Como recordatorio, Experience Health, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden tener diferentes coberturas, primas mensuales y montos de costo compartido.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de Experience Health Medicare Advantage.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de Experience Health Medicare Advantage.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, usted deberá:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Póngase en contacto con el Servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - - *o* -Comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días a la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Fecha límite para el cambio de planes

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 2024.

### ¿Hay otras fechas en el año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, los cambios también se permiten en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen personas con Medicaid, aquellos que reciben "Extra Help" ("Ayuda adicional") para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura del empleador y aquellos 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 (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente, vive actualmente en una institución o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), usted 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 separado) en cualquier momento.

## **SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare**

El Programa Estatal de Asistencia con Seguros de Salud (SHIP) es un programa independiente del gobierno con consejeros capacitados en todos los estados. En Carolina del Norte, el SHIP se llama Programa de Información de Seguros Médicos para Ancianos (SHIIP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría local **gratis** sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los consejeros de SHIIP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder a sus preguntas acerca del cambio de planes. Puede llamar a SHIIP al 1-855-408-1212. Puede obtener más información sobre SHIIP en su sitio web (<http://www.ncdoi.com/SHIIP>).



## SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Usted podría ser apto para recibir ayuda para pagar medicamentos con receta. A continuación, presentamos una lista de los diferentes tipos de ayuda:

- **"Extra Help" ("Ayuda adicional") de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para "Extra Help" ("Ayuda adicional") para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta un 75% o más, de sus gastos en medicamentos incluyendo primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales, y coseguro. Además, aquellas personas que califican no tendrán un período sin cobertura ni sanción 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, 24 horas al día/7 días a la semana;
  - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o a
  - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Carolina del Norte tiene un programa llamado Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud.
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo una prueba de residencia en el Estado y el estado del VIH, bajos ingresos, según lo definido por el Estado, y que no se encuentren asegurados o con estado infra-asegurado. Los medicamentos con receta de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA de Carolina del Norte. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Carolina del Norte al 1-877-466-2232 (gratis en Carolina del Norte) o al 1-919-733-9161 (fuera del estado) o visite su sitio web en [epi.dph.ncdhhs.gov/cd/hiv/hmap.html](http://epi.dph.ncdhhs.gov/cd/hiv/hmap.html).

## SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

### Sección 7.1 - Cómo obtener ayuda de Experience Health Medicare Advantage

¿Tiene Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-833-777-7394. (Solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### Lea su *Constancia de cobertura de 2024* (tiene información sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el año 2024. Para obtener más información, consulte la *Constancia de cobertura de 2024* para Experience Health Medicare Advantage. La *Constancia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que deben seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta que se cubren. Puede encontrar un ejemplar de la *Constancia de Cobertura* en nuestro sitio web en [www.experiencehealthnc.com](http://www.experiencehealthnc.com). También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Constancia de Cobertura*.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en [www.experiencehealthnc.com](http://www.experiencehealthnc.com). Como recordatorio, nuestro sitio web dispone de la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario "Lista de medicamentos")*.

### Sección 7.2 - Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días a 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](http://www.medicare.gov)). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare de su zona. Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

#### Lea *Medicare y Usted 2024*

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Este manual se envía a las personas con Medicare cada año en el otoño. Tiene un resumen de los beneficios de Medicare, derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene un ejemplar 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), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Revise otro material informativo del plan disponible al 15 de octubre de 2023.**

Visualícelo en línea o solicítenos por teléfono una copia impresa. **1-888-310-4110 (TTY 711)** 8 a.m. a 8 p.m. diariamente

**Constancia de Cobertura (EOC)**

Su EOC le proporciona información sobre sus beneficios del plan.

Para visualizar su Constancia de cobertura (EOC), visite [experiencehealthnc.com](https://experiencehealthnc.com), haga clic en los **Documentos del plan** y elija el plan que está debajo de la **Constancia de cobertura**. Además, puede completar la tarjeta con franqueo prepago que se adjunta y regresarla por correo para solicitar una copia impresa.

**Formulario**

Su Formulario es una lista de medicamentos cubiertos por su plan.

Para visualizar su formulario, visite [experiencehealthnc.com](https://experiencehealthnc.com), haga clic en los **Documentos del plan** y elija el plan que está debajo de las **Guías para formularios**. Además, puede completar la tarjeta con franqueo prepago que se adjunta y regresarla por correo para solicitar una copia impresa.

**Directorio de proveedores o Directorio de farmacias**

Para buscar proveedores en línea, visite [experiencehealthnc.com/plan/care-support](https://experiencehealthnc.com/plan/care-support). Haga clic en **Find a Doctor** para Proveedores o en **Find Prescription Drugs** para buscar medicamentos con receta.

También puede visualizar nuestro **Aviso de prácticas de privacidad** en línea en [experiencehealthnc.com](https://experiencehealthnc.com).

**La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de EE. UU. de 1998**

De acuerdo con los requisitos de la Ley de Derechos de la Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998, este plan proporciona cobertura para:

1. Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;
2. Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico; y
3. Prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas, de una manera determinada en la consulta con el médico y el paciente. Dicha cobertura puede estar sujeta a montos deducibles anuales y a las disposiciones del coseguro que se consideren apropiadas y sean consistentes con las establecidas para otros beneficios bajo el plan o la cobertura. Un aviso por escrito de la disponibilidad de tal cobertura se entregará al participante al inscribirse y anualmente después.

Póngase en contacto con el Servicio de atención al cliente para obtener más información. El horario de atención es de 8 am a 8 pm, todos los días.

Experience Health provides free aids to service people with disabilities as well as free language services for people whose primary language is not English. Please contact the Customer Service number on the back of your ID card for assistance.

Experience Health proporciona asistencia gratuita a las personas con discapacidades, así como servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés. Comuníquese con el número para servicio al cliente que aparece en el reverso de su tarjeta del seguro para obtener ayuda.