

## Solis Guardian Plan (D-SNP) ofrecido por Solis Health Plans, Inc.

### Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de SPF 010. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. *Consulte la página 5 para obtener un resumen de los costos importantes, incluyendo la prima.*

Este documento describe los cambios implementados en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web <https://solishealthplans.com>. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

---

#### Qué hacer ahora

##### 1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo 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.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

##### 2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

### 3. **ELIJA:** decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en Solis Guardian Plan.
- Si desea **cambiarse a un plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en Solis Guardian Plan.
- Consulte la Sección 4, página 17 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

### Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en Inglés.
1. Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-844-447-6547. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Para solicitar un documento en un formato alternativo, como braille, letra grande o audio, llámenos a Servicios para miembros al 1-844-447-6547.
  - **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

### Acerca de Solis Guardian Plan

- Solis Health Plans, Inc., es un HMO plan con un contrato de Medicare. La inscripción en Solis Health Plans, Inc., depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid.
  - Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Solis Health Plans, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Solis Guardian Plan.
-



## Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para Solis Guardian Plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, las consultas en el consultorio del médico y las hospitalizaciones.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 3.1 para obtener más información.	\$35.90	\$37.70
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	Consultas de atención primaria: \$0.00 de Copago por consulta  Consultas a especialistas: \$0.00 de Copago por consulta	Consultas de atención primaria: \$0.00 de Copago por consulta  Consultas a especialistas: \$0.00 de Copago por consulta
<b>Hospitalizaciones</b>	\$0.00 de Copago	\$0.00 de Copago

**Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D**

(Consulte la Sección 3.5 para obtener más información).

**Debido a que Solis Guardian Plan participa en el programa Medicare Advantage Value Based Insurance Design (VBID), usted es elegible para la Parte D de costos compartidos reducidos o eliminados.**

Deducible: \$505.00  
 Excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

*Copago/Coseguro* durante la Etapa de cobertura inicial:

Medicamentos de

- Nivel 1: 25%
- Nivel 2: 25%
- Nivel 3: 25%
- Nivel 4: 25%
- Nivel 5: 25%
- Nivel 6: \$0.00

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

- Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.
- Por cada receta, usted pagara el monto que sea mayor: un pago igual a un coseguro del 5% del costo del medicamento (Esto se llama coseguro), o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35

Deducible: \$545.00  
 Excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

*Copago/Coseguro* durante la Etapa de cobertura inicial:

Medicamentos de

- Nivel 1: 25%
- Nivel 2: 25%
- Nivel 3: 25%
- Nivel 4: 25%
- Nivel 5: 25%
- Nivel 6: \$0.00

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. No pagas nada.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
para todos los demás medicamentos.)		
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 3.2 para obtener más información).</p>	<p>\$3,400.00</p> <p>Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$3,400.00</p> <p>Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

## SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de SPF 010 a Solis Guardian Plan.

Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro antes del inicio del año del plan 2024 que mostrará el nuevo nombre del plan. Todas las comunicaciones de los miembros que reciba en 2024 harán referencia al nuevo nombre del plan.

## SECCIÓN 2 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en Solis Guardian Plan en 2024

**Si no ha hecho nada en 2023, lo inscribiremos automáticamente en Solis Guardian Plan.**

Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de Solis Guardian Plan. Si desea cambiarse de plan o a Medicare Original y obtener su cobertura para medicamentos con receta a través de un plan de medicamentos con receta, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

## SECCIÓN 3 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

### Sección 3.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).	\$35.90	\$37.70

### Sección 3.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p><b>Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo.</b> Si usted es elegible para recibir la asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$3,400.00</p>	<p>\$3,400.00</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400.00 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 3.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en <http://www.solishealthplans.com>. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, que enviaremos por correo dentro de los tres días laborables.

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.) se encuentran en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2024* para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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



### Sección 3.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que en el *Aviso anual de cambios* se informan los cambios en los costos y beneficios de Medicare y Medicaid.

Estaremos realizando cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Acupuntura</b>	\$0.00 de Copago  Hasta 20 tratamientos de acupuntura anualmente  Autorización requerida	\$0.00 de Copago  Hasta 24 tratamientos de acupuntura anualmente  Los primeros 12 tratamientos no requieren autorización. Los tratamientos 13-24 requieren autorización.
<b>Servicios Dentales Integrales</b>	\$0 de Copago Servicios de Restauración 6 visitas al año  \$0 de Copago Endodoncia 1 visita cada año  \$0 de Copago Extracciones 5 al año  \$0 de Copago Prostodoncia (incluye dentaduras completas o parciales), Otra cirugía oral/maxillofacial 1 visitas cada 2 años	\$0 de Copago Servicios de restauración 3 visitas al año  \$0 de Copago Endodoncia 2 visitas al año  \$0 de Copago Extracciones Ilimitado  \$0 de Copago Prostodoncia (incluye dentaduras completas o parciales), Otra cirugía oral/maxillofacial  Dentaduras (1 juego completo o 2 parciales) postizas cada 5 años y 1 Realineación por año

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Suministros y servicios para pacientes diabéticos y zapatos y plantillas terapéuticos</b></p>	<p>\$0.00 de Copago</p> <p>Requiere Autorización solo para zapatos y plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare</p>	<p>\$0.00 de Copago</p> <p>Cobertura del plan limitada a los dispositivos de monitoreo continuo de glucosa (CGM) FreeStyle Libre. Dispositivos alternativos cubiertos solo con la aprobación previa del plan.</p> <p>Requiere Autorización para dispositivos CGM y zapatos y plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare</p>
<p><b>Flex Card</b></p> <p>Le permite pagar por servicios de bolsillo o adicionales para servicios dentales de rutina cubiertos, visión de rutina y / o audición de rutina en una tarjeta prepagada.</p>	<p>Flex Card no está cubierto.</p>	<p>\$1,250.00 cada año</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Tarjeta de Vida Saludable</b></p> <p>La Tarjeta de Vida Saludable solo está disponible para los miembros elegibles para el modelo de Value-Based Insurance Design (VBID). Si recibe "Ayuda adicional" para pagar los costos de su programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros, puede ser elegible para el modelo de VBID para este beneficio. La elegibilidad para los Programas Modelo de Beneficios o RI bajo el Modelo VBID no está asegurada y será determinada por Solis Guardian Plan después de la inscripción, según los criterios pertinentes.</p>	<p>\$25.00 Tarjeta de débito de comestibles Para ser recargada mensualmente, comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p>Servicios públicos, transporte, alquiler, etc. <u>no</u> cubierto</p>	<p>\$140.00 comestibles, servicios públicos, transporte y tarjeta de débito de alquiler para ser recargados mensualmente.</p> <p>Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.</p>
<p><b>Audífonos</b></p>	<p>La cobertura máxima anual de beneficios del plan es \$2,000.00 ambas orejas combinadas por año</p>	<p>La cobertura máxima anual de beneficios del plan es \$1,000.00 ambas orejas combinadas por año</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>PAPA®</b> Compañía de servicios de apoyo en el hogar Papa conecta a los miembros con Pals para compañía y asistencia con actividades y tareas cotidianas como: conversación, asistencia con tecnología, limpieza ligera, lavandería, organización, transporte para mandados y más.</p>	<p>24 horas en total al año (2 horas máximo al mes)  Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.</p>	<p>100 horas en total al año (10 horas máximo al mes)  Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.</p>
<p><b>Productos sin receta médica (OTC)</b></p>	<p>\$225 cada tres meses</p>	<p>\$75.00 cada mes</p>
<p><b>Servicios de podología</b></p>	<p>\$0.00 de Copago  Visitas ilimitadas para podología y cuidado de pies de rutina cubiertos por Medicare - Autorización requerida después de la evaluación inicial y los primeros 10 tratamientos/visitas.</p>	<p>\$0.00 de Copago  Visitas ilimitadas para podología y cuidado de pies de rutina cubiertos por Medicare - Se requiere autorización después de la evaluación inicial y los primeros 11 tratamientos/visitas.</p>
<p><b>Servicios mundiales de atención de emergencia</b></p>	<p>\$0.00 de Copago  Monto de la cobertura de los servicios mundiales de atención de emergencia del beneficio del plan: \$50,000</p>	<p>\$0.00 de Copago  Monto de la cobertura de los servicios mundiales de atención de emergencia del beneficio del plan: \$75,000</p>

---

## Sección 3.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

---

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se se envía en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos, moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento ha sido trasladado a un nivel diferente de costos compartidos.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente medicamentos considerados inseguros por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros para obtener más información.

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas.** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

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

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare, es posible que reúna los requisitos para obtener una reducción o eliminación del costo compartido de los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no se aplique a usted. **Nota:** si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta) también denominado “Low Income Subsidy

Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este inserto con este paquete, llame a Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

**Cambios en la Etapa del deducible**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.</p>	<p>El deducible es de \$505.</p> <p>El monto de su deducible es \$0 o \$505, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Consulte el inserto aparte, la “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$545.</p> <p>El monto de su deducible es \$0 o \$545, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Consulte el inserto aparte, la “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2024 en relación con 2023.

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo</b>. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 Genérico Preferido:</b> Usted paga: 25% de Coseguro del costo total por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 2 Genérico:</b> Usted paga: 25% de Coseguro del costo total por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 3 Marca Preferida:</b> Usted paga: 25% de Coseguro del costo total por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 4 Marca No Preferida:</b> Usted paga: 25% de Coseguro del costo total por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 5 Medicamento Especializado:</b> Usted paga: 25% de Coseguro del costo total por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 6 Medicamentos Suplementarios:</b> Usted paga: \$0.00 de Copago por medicamento con receta</p> <hr/>	<p>Sus costos por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 Genérico Preferido:</b> Usted paga: 25% de Coseguro del costo total por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 2 Genérico:</b> Usted paga: 25% de Coseguro del costo total por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 3 Marca Preferida:</b> Usted paga: 25% de Coseguro del costo total por medicamento con receta Usted paga \$35.00 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 Marca No Preferida:</b> Usted paga: 25% de Coseguro del costo total por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 5 Medicamento Especializado:</b> Usted paga: 25% de Coseguro del costo total por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 6 Medicamentos Suplementarios:</b> Usted paga: \$0.00 de Copago por medicamento con receta</p> <hr/>

Debido a que Solis Guardian Plan participa en el programa Medicare Advantage Value Based Insurance Design (VBID), usted es elegible para la Parte D de costos compartidos reducidos o eliminados.

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660.00, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030.00, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

**Cambios en su beneficio de la Parte D de VBID**

Si recibió "Ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare, incluidas las primas, los deducibles, los copagos y el coseguro, es elegible para recibir beneficios suplementarios adicionales de medicamentos recetados a través de un programa de Medicare llamado Value-Based Insurance Design (VBID). Solis Guardian Plan es aprobado por Medicare para proporcionar un menor costo compartido de los medicamentos recetados como parte del programa de Value-Based Insurance Design. Este programa permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage. El diseño de seguro basado en el valor del Solis Guardian Plan cubre los costos de medicamentos de los niveles 1 a 4 cubiertos por la Parte D. Los miembros que reciben "Ayuda adicional" no pagarán nada por los medicamentos cubiertos de los niveles 1 a 4.

La elegibilidad para los Programas Modelo de Beneficios o RI bajo el Modelo VBID no está asegurada y será determinada por Solis Guardian Plan después de la inscripción, según los criterios pertinentes.

**Cambios en la Etapa del Período Sin Cobertura o la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos – la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas – son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**



**A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, 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 4    Cómo decidir qué plan elegir**

### **Sección 4.1. – Si desea seguir inscrito en Solis Guardian Plan**

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Solis Guardian Plan.

### **Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan**

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiarse de plan, siga estos pasos:

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

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Le recordamos que Solis Health Plans, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

#### **Paso 2: Cambie su cobertura**

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Solis Guardian Plan.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Solis Guardian Plan.

- Para  **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
  - *O* puede llamar a  **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

## SECCIÓN 5    Cómo cambiar de plan

Si desea cambiarse 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.

### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Porque tienes Medicaid de Florida, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes períodos de inscripción especial:

- Enero a Marzo
- Abril a Junio
- Julio a Septiembre

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

## SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se denomina SHINE (Florida SHIP-SMP Department of Elder Affairs).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHINE (Florida SHIP-SMP Department of Elder Affairs) pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con SHINE (Florida SHIP-SMP Department of Elder Affairs) llamando al 1-800-963-5337 (TTY 1-800-955-8770). Para obtener más información sobre SHINE (Florida SHIP-SMP Department of Elder Affairs), visite su sitio web (<http://www.floridashine.org/>).

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de Medicaid de Florida, comuníquese con Florida Agency for Health Care Administration (AHCA), al 1-888-419-3456, TTY 1-800-955-8771 de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan el modo en que obtiene su cobertura de Florida Agency for Health Care Administration (AHCA).

## SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Como usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también denominada Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga parte de las primas de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Ya que usted reúne los requisitos, no tiene un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:
  - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  - La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
  - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de Florida ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-352-2437 (Inglés) / 1-800-545-7432 (Español) / 1-800-243-7101 (Creole) / 1-888-503-7118 (TTY).

## SECCIÓN 8 Preguntas

### Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de Solis Guardian Plan

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-447-6547. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para Solis Guardian Plan. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En nuestro sitio web <http://www.solishealthplans.com> encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en <http://www.solishealthplans.com>. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

---

## Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

### **Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para conocer más información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Leer *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)***

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

---

## Sección 8.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

---

Para obtener información de Medicaid de Florida puede llamar a Florida Agency for Health Care Administration (AHCA al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771.