

Solis Healthy Living Plan (HMO) ofrecido por Solis Health Plans, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de SPF 009. 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, beneficios o normas revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en <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*.

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revisar los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 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 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 Healthy Living Plan.
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en Solis Healthy Living Plan.
- 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.
- 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.
- 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.

Acerca de Solis Healthy Living 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.
- 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 Healthy Living Plan.

Aviso anual de cambios para 2024 Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan	6
SECCIÓN 2 A menos que elija otro plan, quedará automáticamente inscrito en Solis Healthy Living Plan para 2024	6
SECCIÓN 3 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	6
Sección 3.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 3.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 3.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	7
Sección 3.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 3.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	11
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Solis Healthy Living Plan	14
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan	14
SECCIÓN 5 Cómo cambiar de plan	15
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	16
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	16
SECCIÓN 8 Preguntas	17
Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Solis Healthy Living Plan	17
Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	18

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para Solis Healthy Living Plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 3.1 para obtener más información.	\$0.00	\$0.00
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 3.2 para obtener más información).	\$3,400.00	\$3,400.00
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0.00 de Copago por consulta Consultas a especialistas: \$5.00 de Copago por consulta	Consultas de atención primaria: \$0.00 de Copago por consulta Consultas a especialistas: \$0.00 de Copago por consulta
Hospitalizaciones	\$60.00 de Copago Dias 1-7 \$0.00 de Copago Dias 8-90	\$30.00 de Copago Dias 1-5 \$0.00 de Copago Dias 6-90

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

(Consulte la Sección 3.5 para obtener más información).

Deducible: \$0.00

Copago/Coseguro según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial:

Medicamentos de

- Nivel 1: \$0.00
- Nivel 2: \$0.00
- Nivel 3: \$15.00
- Nivel 4: \$75.00
- Nivel 5: 33%
- 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 para todos los demás medicamentos.)
- Usted paga \$0 por medicamentos

Deducible: \$0.00

Copago/Coseguro según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial:

Medicamentos de

- Nivel 1: \$0.00
- Nivel 2: \$0.00
- Nivel 3: \$15.00
- Nivel 4: \$75.00
- Nivel 5: 33%
- 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)
excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado (medicamentos de Nivel 6).		

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de SPF 009 a Solis Healthy Living 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, quedará automáticamente inscrito en Solis Healthy Living Plan para 2024

Si no ha hecho nada hasta el 7 de diciembre de 2023, lo inscribiremos automáticamente en Solis Healthy Living 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 Healthy Living Plan. Si desea cambiar de plan o cambiar a Medicare Original, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, quizás pueda cambiarse de plan en otro momento.

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)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0.00	\$0.00

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos,

equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.

- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$3,400.00	\$3,400.00 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.

Sección 3.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

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

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)
Acupuntura	\$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.
Servicios Ambulatorios (centros quirúrgicos, centros hospitalarios, etc)	\$25.00 de Copago	\$0.00 de Copago
Servicios Dentales Integrales	\$0 de Copago Servicios de restauración 2 visitas al año \$0 de Copago Endodoncia 1 visita cada 2 años \$0 de Copago Extracciones 3 al año \$0 de Copago Prostodoncia (incluye dentaduras completas o parciales), Otra cirugía oral/maxilofacial 1 visita 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/maxilofacial Dentaduras (1 juego completo o 2 parciales) postizas cada 5 años y 1 Realineación por año

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Suministros y servicios para pacientes diabéticos y zapatos y plantillas terapéuticos</p>	<p>\$0 de Copago Suministros para diabéticos cubiertos por Medicare</p> <p>20% Coseguro Zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertas por Medicare.</p> <p>Requiere Autorización solo para zapatos y plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare</p>	<p>\$0 de Copago Suministros para diabéticos cubiertos por Medicare</p> <p>20% Coseguro Zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertas por Medicare.</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>Servicios de emergencia</p>	<p>\$85.00 de Copago</p>	<p>\$75.00 de Copago</p>
<p>Espejuelos y/o lentes de contacto</p>	<p>La cobertura máxima anual de beneficios del plan es \$300</p>	<p>La cobertura máxima anual de beneficios del plan es \$250</p>
<p>Flex Card 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>\$1,000.00 cada año</p>
<p>Audífonos</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>PAPA® 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>Compañía de servicios de apoyo en el hogar no está cubierto.</p>	<p>40 horas en total al año (4 horas máximo al mes) Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>\$60.00 de Copago Dias 1-7 \$0.00 de Copago Dias 8-90</p>	<p>\$30.00 de Copago Dias 1-5 \$0.00 de Copago Dias 6-90</p>
<p>Hospitalizaciones - Psiquiátrico</p>	<p>\$80.00 de Copago Dias 1-7 \$0.00 de Copago Dias 8-90</p>	<p>\$30.00 de Copago Dias 1-5 \$0.00 de Copago Dias 6-90</p>
<p>Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare</p>	<p>20% de Coseguro</p>	<p>20% de Coseguro Para insulina máximo \$35 Copago</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p>	<p>\$85.00 de Copago</p>	<p>\$50.00 de Copago</p>
<p>Productos sin receta médica (OTC)</p>	<p>\$180.00 cada tres meses</p>	<p>\$75.00 cada mes</p>
<p>Servicios de especialistas médicos</p>	<p>\$5.00 de Copago</p>	<p>\$0.00 de Copago</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de podología	\$5.00 de Copago Podología cubierta por Medicare	\$5.00 de Copago Podología cubierta por Medicare
	\$10.00 de Copago Cuidado rutinario de los pies	\$0.00 de Copago Cuidado rutinario de los pies
	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.	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.
Servicios mundiales de atención de emergencia	\$50.00 de Copago Monto de la cobertura de los servicios mundiales de atención de emergencia del beneficio del plan: \$50,000	\$50.00 de Copago Monto de la cobertura de los servicios mundiales de atención de emergencia del beneficio del plan: \$75,000

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 incluye ha sido enviada 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 o 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

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede aplicarse en su caso.** Hemos 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 como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” 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)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

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>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes de obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 Genérico Preferido: Usted paga: \$0.00 de Copago por medicamento con receta</p> <p>Nivel 2 Genérico: Usted paga: \$0.00 de Copago por medicamento con receta</p> <p>Nivel 3 Marca Preferida: Usted paga: \$15.00 de Copago por medicamento con receta</p> <p>Nivel 4 Marca No Preferida: Usted paga: \$75.00 de Copago por medicamento con receta</p> <p>Nivel 5 Medicamento Especializado: Usted paga: 33% de coseguro del costo total.</p> <p>Nivel 6 Medicamentos Suplementarios: Usted paga: \$0.00 de Copago por medicamento con receta</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes de obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 Genérico Preferido: Usted paga: \$0.00 de Copago por medicamento con receta</p> <p>Nivel 2 Genérico: Usted paga: \$0.00 de Copago por medicamento con receta</p> <p>Nivel 3 Marca Preferida: Usted paga: \$15.00 de Copago por medicamento con receta</p> <p>Nivel 4 Marca No Preferida: Usted paga: \$75.00 de Copago por medicamento con receta</p> <p>Nivel 5 Medicamento Especializado: Usted paga: 33% de coseguro del costo total.</p> <p>Nivel 6 Medicamentos Suplementarios: Usted paga: \$0.00 de Copago por medicamento con receta</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</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.</p> <p>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 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 Healthy Living 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 Healthy Living Plan.

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

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

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

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

Como recordatorio, 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 Healthy Living 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 Healthy Living 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.

SECCIÓN 5 Cómo cambiar de plan

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

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 cambiarse 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

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 llamar a SHINE (Florida SHIP-SMP Department of Elder Affairs) 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/>).

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.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta del Florida ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Florida HIV/AIDS Hotline at 1-800-352-2437 (English) / 1-800-545-7432 (Spanish) / 1-800-243-7101 (Creole) / 1-888-503-7118 (TTY).

SECCIÓN 8 Preguntas

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Solis Healthy Living Plan

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-447-6547. (Solo los servicios 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 Healthy Living 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). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 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.