



Mercy Care Advantage (HMO SNP) ofrecido por Mercy Care

Aviso anual de cambios para 2024

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

En este documento, se explican los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web **www.MercyCareAZ.com**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense cuánto pagará por las primas, los deducibles y el costo compartido.
- Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” para 2024 para asegurarse de que los medicamentos que actualmente toma están 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 conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes.

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

- Una vez que delimite su elección a un plan preferido, confirme los costos y la 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 en Mercy Care Advantage.
- Para **cambiarse a un plan diferente**, puede cambiarse de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción con Mercy Care Advantage.
- Consulte la Sección 3.2 en la página 14 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se trasladó recientemente a una institución, vive actualmente allí o acaba de salir (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en español.
- Para obtener más información, póngase en contacto con el número del Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece arriba.
- **La cobertura de este plan reúne los requisitos de cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Mercy Care Advantage

- Mercy Care Advantage es un plan HMO SNP con un contrato con Medicare y el programa Medicaid de Arizona. La inscripción en Mercy Care Advantage depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato escrito con el programa Medicaid de Arizona para coordinar sus beneficios del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) de Medicaid.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Mercy Care. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Mercy Care Advantage.

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año.....	6
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	7
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	7
Sección 1.5: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	11
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	11
Sección 3.1: Si desea seguir con <i>Mercy Care Advantage</i>	11
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	11
SECCIÓN 4 Cambio de plan.....	12
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	13
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	13
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	14
Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de <i>Mercy Care Advantage</i>	14
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	15
Sección 7.3: Cómo recibir ayuda del AHCCCS (Medicaid)	15

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para Mercy Care Advantage en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme al AHCCCS de Medicaid, usted paga \$0 de deducible por visitas al consultorio del médico y por hospitalizaciones para pacientes internados.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	\$0	\$0
Deducible	<p>\$0 o \$226 por año calendario para servicios dentro de la red, según su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>No hay un deducible por año calendario para servicios de pacientes internados cubiertos por la Parte A de Medicare.</p>	<p>\$0 o \$226 por año calendario para servicios dentro de la red, según su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>No hay un deducible por año calendario para servicios de pacientes internados cubiertos por la Parte A de Medicare.</p> <p>Estos son los montos de costo compartido de 2023 y es posible que cambien para 2024. Mercy Care Advantage le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p>
Consultas en el consultorio del médico	<p>Consultas de atención primaria: 0% o 20% del costo por consulta</p> <p>Consultas a un especialista: 0% o 20% del costo por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: 0% o 20% del costo por consulta</p> <p>Consultas a un especialista: 0% o 20% del costo por consulta</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones para pacientes internados</p>	<p>Paga un copago de \$1700 por la internación en hospital u hospitalización como paciente internado cubierto por Medicare.</p>	<p>Paga un copago de \$1650 por la internación en hospital u hospitalización como paciente internado cubierto por Medicare.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copagos durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos: \$0, \$1.45, \$4.30 • Todos los demás medicamentos: \$0, \$4.30, \$10.35 <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría del costo para sus medicamentos cubiertos. 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copagos durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos: \$0, \$1.55 o \$4.50 • Todos los demás medicamentos: \$0, \$4.60 o \$11.20 <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No paga nada.
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p>\$8,300</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid (AHCCCS), usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$8,850</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid (AHCCCS), usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que el AHCCCS (Medicaid) la pague por usted.		

Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que paga de su bolsillo por el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$8,300	\$8,850
Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia del AHCCCS (Medicaid), muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo.		
Si es elegible para la asistencia del AHCCCS (Medicaid) para los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.		
Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deductibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.		
Los costos de medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.		
		Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados también están en nuestro sitio web en www.MercyCareAZ.org. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o las farmacias, o para solicitar que le enviemos un directorio, el cual le enviaremos por correo dentro de tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* para verificar si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2024* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

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

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en los beneficios y los costos de Medicare.

Estamos haciendo cambios en los costos y los beneficios para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención de emergencia	0% o 20% del costo (hasta \$95) por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare.	0% o 20% del costo (hasta \$100) por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare.
Comidas	Mercy Care Advantage proporcionará 28 comidas después de cada alta de una hospitalización. No paga nada.	Mercy Care Advantage proporcionará 14 comidas después de cada alta de una hospitalización. No paga nada.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de urgencia	0% o 20% del costo (hasta \$60) por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare.	0% o 20% del costo (hasta \$55) por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare.

Sección 1.5: 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”. Se proporciona una copia de nuestra “Lista de medicamentos” por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir quitar o agregar medicamentos y cambiar 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 se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos para el principio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos considerados peligrosos por la FDA o que son retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si un cambio en la cobertura para medicamentos le afecta al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de la Evidencia de cobertura y consulte con su médico para obtener información sobre sus opciones, como solicitar un suministro temporal o una excepción, o tratar de encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare, podría calificar para una reducción o eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que algunas partes de la información descrita en esta sección no se apliquen a su caso.

Nota: Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta**

de la Parte D no se aplique a su caso. Hemos incluido un inserto separado que se denomina “Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta” (también conocida como 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 ha recibido este inserto con este paquete, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. Existen cuatro **etapas de pago de 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 alcanza 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	Dado que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.	Dado que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

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 los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar es el siguiente:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los de marca considerados genéricos): Paga \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamento con receta, según su nivel de “Ayuda adicional”.</p> <p>Todos los demás medicamentos: Paga \$0, \$4.30 o \$10.35 por medicamento con receta, según su nivel de “Ayuda adicional”.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar es el siguiente:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los de marca considerados genéricos): Paga \$0, \$1.55 o \$4.50 por medicamento con receta, según su nivel de “Ayuda adicional”.</p> <p>Todos los demás medicamentos: Paga \$0, \$4.60 o \$11.20 por medicamento con receta, según su nivel de “Ayuda adicional”.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (31 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 de un suministro a largo plazo en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos o de los medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Una vez que haya pagado \$7,400 de su bolsillo para medicamentos de la Parte D, avanzará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Una vez que haya pagado \$8,000 de su bolsillo para medicamentos de la Parte D, avanzará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa del período sin cobertura ni la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada para los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cobertura de medidores de glucosa y suministros continuos	El medidor de glucosa preferido y las tiras reactivas son Lifescan OneTouch®.	Se agregará a FreeStyle Libre® y Dexcom® como medidores de glucosa y suministros preferidos continuos. Se agregarán lancetas Lifescan OneTouch® como producto preferido.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea seguir con Mercy Care Advantage

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**, automáticamente estará inscrito en Mercy Care Advantage.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar, 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 acerca de Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en un plan nuevo. Su inscripción en Mercy Care Advantage se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Mercy Care Advantage se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, tiene las siguientes posibilidades:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
 - *O bien*, comunicarse con **Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar 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 de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambio 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. Los ejemplos incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Debido a que tiene [Insert name of Medicaid program], es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente, una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especial**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

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

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

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se llama División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada del Departamento de Seguridad Económica.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud a nivel local y **de forma gratuita** a las personas que tienen Medicare. Los asesores de la División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada del Departamento de Seguridad Económica pueden ayudarle en caso de que tenga preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan. Puede llamar a la División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada del Departamento de Seguridad Económica al **602-542-4446** o al **1-800-432-4040**. Puede obtener más información sobre la División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada del Departamento de Seguridad Económica visitando el sitio web en <https://des.az.gov>.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del AHCCCS (Medicaid), comuníquese con AHCCCS al **602-417-4000** o al **1-800-654-8713** (fuera del condado de Maricopa), de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los feriados estatales). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-842-6520**. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afecta el modo en que obtiene su cobertura del AHCCCS de Medicaid.

SECCIÓN 6 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, se incluye una lista con diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Como usted tiene AHCCCS (Medicaid), ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también conocida como Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de los medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Debido a que usted reúne los requisitos, no tendrá un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame al siguiente número:

- **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;
 - A la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles durante las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** o;
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen un documento que demuestre que reside en el estado y su estado del VIH; prueba de ingresos bajos según lo definido por el estado, y prueba de que no está asegurado o qué está infrasegurado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del ADAP de Arizona en el Departamento de Servicios de Salud de Arizona, 150 N, 18th Ave., Phoenix, AZ 85007. Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540**.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Mercy Care Advantage

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288**. (Solo para TTY, llamar al **711**). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2024 (aquí se describen en detalles los beneficios y los 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 más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2024 para Mercy Care Advantage. 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. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web www.MercyCareAZ.org. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.MercyCareAZ.org. Como recordatorio, 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 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 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). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad con estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la 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. Tiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o 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**.

Sección 7.3: Cómo recibir ayuda del AHCCCS (Medicaid)

Para obtener información del AHCCCS (Medicaid), puede llamar al Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) al **602-417-4000** o **1-800-654-8713** (fuera del condado de Maricopa). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-842-6520**.