



Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) ofrecido por Elevate Medicare Advantage de Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP)

Aviso anual de cambios para 2024

Usted está actualmente inscrito como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP). El próximo año, habrá cambios en los costos y en los beneficios del plan. ***Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.***

En este documento se comunican los cambios del plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en DenverHealthMedicalPlan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitarnos que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted.

- Verifique los cambios en los costos y en los beneficios para ver si lo afectan.
 - Consulte los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Consulte 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.
- Verifique los cambios en la “*Lista de medicamentos*” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca las opciones de otros planes.

- Verifique la cobertura y los costos de otros planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o consulte la lista en el reverso del manual *Medicare y usted de 2024*.
- Una vez que usted reduzca su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar de plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, mantendrá Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a un plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto cancelará la inscripción en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).
- Consulte la página 18 de la sección 2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si recientemente se ha mudado a una institución, actualmente vive en ella o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o pasarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo alguno en español.
- Para obtener más información, llame al número de nuestros Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letras grandes o audio.
- **La cobertura con este plan reúne los requisitos como cobertura médica calificadora (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA) y Protección del Paciente. 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 Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

- Elevate Medicare Advantage es un plan HMO aprobado por Medicare. La inscripción en Elevate Medicare Advantage depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con el Programa Colorado Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- En los lugares en que se habla de “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro” en este documento, se hace referencia a Elevate Medicare Advantage. Cuando se habla de “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y en los costos para el próximo año	8
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de desembolso directo.....	8
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias	9
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos	9
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	15
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	18
Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).....	18
Sección 2.2: Si desea cambiar de planes.....	18
SECCIÓN 3 Cambio de planes.....	19
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	19
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	20
Sección 5.1: Cómo obtener ayuda de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).....	20
Sección 5.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	21
Sección 5.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	21

Resumen de costos importantes para 2024

En la tabla a continuación se comparan los costos de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) para 2023 y 2024 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0. \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).</p>		
<p>Prima mensual del plan ♦ ♦ Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$41.60**	\$0
Deducible	\$226**	\$0
Visitas al consultorio médico	<p>Visitas de atención primaria: \$0** o el 20% del costo total por visita</p> <p>* Visitas al especialista: \$0** o el 20% del costo total por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>* Visitas al especialista: \$0 por visita</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0. \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).</p>		
<p>Estadías en el hospital†</p>	<p>* \$0** o \$1,556 por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 por día por cada período de beneficio • Días 61 al 90: \$389 por día por cada período de beneficio • Días 91 y posteriores: \$778 por día por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficio (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos 	<p>No hay deducible por cada período de beneficio.</p> <p>\$0</p>
<p>Estadías en el hospital† (continuación)</p>	<p>* Se requiere remisión para las estadías en el hospital cubiertas por Medicare.</p> <p>† Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.</p>	<p><u>No</u> se requiere remisión para las estadías en el hospital cubiertas por Medicare.</p> <p>† Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0. \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).</p>		
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. • Para cada medicamento con receta, usted paga lo que sea mayor: Un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (esto se llama coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como un genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos). 	<p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.
<p>Monto máximo de desembolso directo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará como desembolso directo para sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$8,200**</p>	<p>\$8,200 Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso directo para el monto máximo de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$41.60**	\$0

Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de desembolso directo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto de desembolso directo que se paga durante el año. Este límite se denomina monto máximo de desembolso directo. Una vez que alcanza este monto, por lo general, deja de pagar los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Monto máximo de desembolso directo Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el máximo de desembolso directo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso directo para el monto máximo de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) se consideran para el monto máximo de desembolso directo. Los costos por los medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo de desembolso directo.	\$8,200**	\$8,200 Una vez que ha pagado \$8,200 de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, dejará de pagar por dichos servicios durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en DenverHealthMedicalPlan.org/find-doctor. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para obtener información actualizada de los proveedores o farmacias, o para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo, que le enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de proveedores de 2024 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el Directorio de farmacias de 2024 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, puede haber cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y farmacias que forman parte de su plan. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios del Plan de Salud para que podamos ayudarlo.

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

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

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La información que se encuentra a continuación describe los cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. Nota: \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).		
Servicios de ambulancia	† Se requiere autorización previa para los servicios de transporte terrestre cubiertos por Medicare que no son de emergencia.	<u>No</u> se requiere autorización previa para los servicios de transporte terrestre cubiertos por Medicare que no son de emergencia.
Beneficios odontológicos (beneficios extras ofrecidos por DHMP)	Usted paga \$0 hasta el beneficio máximo anual de \$3,000 por los servicios preventivos y dentales cubiertos cada año. Se restringe a la red PPO de Medicare.	Usted paga \$0 hasta el beneficio máximo anual de \$5,000 por los servicios preventivos y dentales cubiertos cada año. Se restringe a la red PPO de Medicare Advantage.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Tarjeta Flex: alimentos saludables y artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</p>	<p>Tarjeta de Elevate Healthy Food</p> <p>\$260 de asignación trimestral para comprar alimentos saludables con una tarjeta pre-paga en los minoristas participantes por miembro calificado</p> <p>Su asignación está disponible cada trimestre a partir de enero, abril, julio y octubre. No se transferirá la asignación trimestral que no utilice.</p> <p>Envío por correo de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</p> <p>Cobertura trimestral de hasta \$260</p>	<p>Tarjeta Flex: alimentos saludables y artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</p> <p>Le proporcionaremos fondos trimestrales que puede utilizar para ayudar a pagar los alimentos saludables cubiertos y los artículos de OTC en una tarjeta recargable. La asignación para alimentos saludables es un beneficio especial para las personas con enfermedades crónicas y no todos los miembros cumplen con los requisitos. Todos los miembros cumplen con los requisitos para recibir el beneficio de salud y bienestar de artículos de OTC. Los fondos no utilizados caducan al final de cada trimestre o al momento de la cancelación de inscripción.</p> <p>Asignación para alimentos saludables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un miembro identificado como paciente con una o más enfermedades crónicas (enumeradas en la sección 2.1 del capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i> [EOC]) recibirá fondos trimestrales cargados en su tarjeta Flex para la compra de alimentos saludables elegibles.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Tarjeta Flex: alimentos saludables y artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) (continuación)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Su asignación está disponible en su tarjeta recargable al comienzo de cada trimestre del año del plan (enero, abril, julio y octubre). • Los fondos deben utilizarse en los minoristas participantes solo para los artículos elegibles. • \$260 por trimestre para alimentos saludables. <p>Asignación para artículos de venta libre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibirá fondos trimestrales cargados en su tarjeta Flex para la compra de artículos de salud y bienestar de OTC. • Su asignación está disponible en su tarjeta recargable al comienzo de cada trimestre del año del plan (enero, abril, julio y octubre). • \$260 por trimestre para los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC). <p>Para obtener más información sobre los artículos o las ubicaciones elegibles, comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención médica a domicilio* †	† Se requiere autorización previa.	† Se requiere autorización previa a partir de la visita número 31.
Atención hospitalaria como paciente hospitalizado †	<p>Para las estadías en el hospital cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 por día por cada período de beneficio • Días 61 al 90: \$389 por día por cada período de beneficio • Días 91 y posteriores: \$778 por día por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficio (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos <p>* Se requiere remisión para las estadías en el hospital cubiertas por Medicare.</p>	<p>Para las estadías en el hospital cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <p>\$0</p> <p><u>No</u> se requiere remisión para las estadías en el hospital cubiertas por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico†</p>	<p>Para las estadías como paciente hospitalizado de salud mental cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 por día por cada período de beneficio • Días 61 al 90: \$389 por día por cada período de beneficio • Días 91 y posteriores: \$778 por día por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficio (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos <p>* Se requiere remisión para las estadías como paciente hospitalizado de salud mental cubiertas por Medicare.</p>	<p>Para las estadías como paciente hospitalizado de salud mental cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <p>\$0</p> <p><u>No</u> se requiere remisión para las estadías como paciente hospitalizado de salud mental cubiertas por Medicare.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare†</p>	<p>20% del costo total de los medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B</p> <p>\$0-\$35 para un suministro de un mes de insulina suministrado a través de un equipo médico durable, incluso si no ha pagado el deducible.</p> <p>† Se requiere autorización previa para los medicamentos no preferidos de la Parte B.</p>	<p>\$0 para los medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B</p> <p>\$0 para medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare</p> <p>† Se requiere autorización previa para los medicamentos de la Parte B que no están en el <i>Formulario de medicamentos</i>.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de hospitalización parcial†	* Se requiere remisión para la hospitalización parcial cubierta por Medicare.	<u>No</u> se requiere remisión para la hospitalización parcial cubierta por Medicare.
Servicios de podología	* Se requiere remisión para los servicios de podología.	<u>No</u> se requiere remisión para los servicios de podología.
Atención en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)	* Se requiere una remisión para las estadías en un SNF cubiertas por Medicare.	<u>No</u> se requiere remisión para las estadías en un SNF cubiertas por Medicare.
Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET)	* Se requiere remisión para la terapia de ejercicio supervisada cubierta por Medicare.	<u>No</u> se requiere remisión para la terapia de ejercicio supervisada cubierta por Medicare.
Atención de la visión	Hasta \$250 para lentes de contacto o anteojos (lentes y marcos) cada año	Hasta \$260 por lentes de contacto con receta o anteojos (lentes y marcos) cada año

Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en la “*Lista de medicamentos*”

Nuestra *Lista de medicamentos* cubiertos se llama *Formulario de medicamentos* o “*Lista de medicamentos*”. Se proporciona una copia electrónica de la “*Lista de medicamentos*”.

Hicimos cambios en nuestra “*Lista de medicamentos*”, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o su paso a un nivel de costo compartido diferente. **Consulte la “*Lista de medicamentos*” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción, o si su medicamento se ha cambiado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “*Lista de medicamentos*” son nuevos al inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos considerados no seguros por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra “*Lista de medicamentos*” en Internet para brindar la lista 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 la *Evidencia de cobertura* y a su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios del Plan de Salud para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Existen cuatro **etapas para el pago de medicamentos**. La información que se encuentra a continuación muestra los cambios para el año que viene respecto de las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros nunca llega a las otras dos etapas, la etapa de brecha de cobertura o la etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0. El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).</p>		
<p>Etapa 1: etapa de deducible anual</p>	<p>El monto del deducible es \$0** o \$505, según el nivel de “Extra Help” (Ayuda adicional) que usted reciba. (Consulte el monto del deducible en el prospecto aparte, la Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos [Low Income Subsidy, LIS]).</p>	<p>Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>

Cambios en el costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de los medicamentos que le corresponde y usted paga la parte que le corresponde a usted. Los costos de esta fila corresponden al suministro para un mes (30 días) cuando adquiere su medicamento con receta en una farmacia de la red que ofrece costo compartido estándar.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga una de las siguientes opciones: \$0 \$1.45 \$4.15 15% del costo total</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): \$0</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido preferido, o sobre los medicamentos con receta enviados por correo postal, consulte el capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Para todos los otros medicamentos:</p> <p>\$0 \$4.30 \$10.35 15% del costo total</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, usted pasará a la etapa siguiente (la etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Para todos los otros medicamentos:</p> <p>\$0</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, usted pasará a la etapa siguiente (la etapa de brecha de cobertura).</p>

Cambios en el beneficio de VBID de la Parte D

A partir de 2024, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) participa en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID) diseñado para reducir los costos de los medicamentos con receta. Como resultado, usted paga \$0 por todos los medicamentos de la Parte D, independientemente de la condición de subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS).

Cambios en las etapas de brecha de cobertura y de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa de brecha de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son coberturas para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros nunca llega a la etapa de brecha de cobertura o a la etapa de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, si alcanza la etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre los costos en estas etapas, consulte el capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).

Sección 2.2: Si desea cambiar de planes

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de planes para el 2024, siga estos pasos:

Paso 1: conozca sus opciones y compárelas.

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted de 2024*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la sección 4) o llame a Medicare (consulte la sección 6.2).

Como recordatorio, Elevate Medicare Advantage ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los montos de los costos compartidos.

Paso 2: cambie su cobertura.

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará su inscripción en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - *O bien*, puede ponerse en contacto con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 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 cambia a Medicare Original 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 usted haya indicado que no desea la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambio de planes

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Hay otros momentos del año para hacer el cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, los que reciben “Extra Help” (Ayuda adicional) para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura de un empleador, y las personas que se mudan fuera del área de servicio.

Debido a que usted tiene Health First Colorado: Programa Medicaid de Colorado, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **periodos de inscripción especiales**:

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

Si usted se inscribió en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2024 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

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

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Colorado, SHIP se llama Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado pueden ayudarlo con los problemas

y las preguntas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca de cambios de planes. Puede llamar al Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado al 1-888-696-7213. Puede obtener más información sobre el Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado visitando su sitio web (www.doi.colorado.gov).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Health First Colorado: Programa Medicaid de Colorado, comuníquese con Health First Colorado: Programa Medicaid de Colorado al 1-800-221-3943 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m.; el Centro de Contacto de Miembros está cerrado por reuniones de personal el tercer jueves de cada mes de 2 p.m. a 3:30 p.m. y todos los días festivos estatales. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta el modo en que usted obtiene su cobertura de Health First Colorado, Programa Medicaid de Colorado.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Sección 5.1: Cómo obtener ayuda de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111. (Únicamente los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura de 2024* (incluye detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* es un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En esta se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos con receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en DenverHealthMedicalPlan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitar que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web.

También puede visitar nuestro sitio web en DenverHealthMedicalPlan.org. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y la *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario de medicamentos/“Lista de medicamentos”*).

Sección 5.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare.

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Allí encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de estrellas de calidad que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted de 2024*.

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

Sección 5.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Health First Colorado, Programa Medicaid de Colorado, al 1-800-221-3943. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Formulario aprobado
por la OMB núm. 0938-1421

Prospecto multilingüe

Servicios de intérpretes multilingües

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-956-2111. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-956-2111. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-956-2111。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-956-2111。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-956-2111. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-956-2111. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-956-2111 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpilan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-956-2111. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-956-2111번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-956-2111. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية . سيقوم 1-877-956-2111 لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على بمساعدتك. هذه خدمة مجانية شخص ما يتحدث العربية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-956-2111 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-956-2111. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-956-2111. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-956-2111. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-956-2111. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、

1-877-956-2111.にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Formulario CMS-10802
(Vence el 12/31/25).