

MetroPlus Platinum Plan (HMO) ofrecido por MetroPlus Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente usted se encuentra inscrito como miembro de MetroPlus Platinum Plan (HMO). El próximo año, habrá cambios en los beneficios y costos del plan. **Consulte la página 4 para ver un Resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, usted puede hacer cambios a su cobertura de Medicare para el año próximo.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios de sus beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados, incluidos los requisitos de autorización y costos.
 - Considere cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” para 2024 para asegurarse de que los medicamentos que actualmente toma aún tienen cobertura.
- 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 contento 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 medicare.gov/plan-compare o revise la lista en el dorso de su manual *Medicare y usted 2024*.
- Una vez que limite su elección a un plan preferente, confirme sus 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 el MetroPlus Platinum Plan (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en MetroPlus Platinum Plan (HMO).
- Si recientemente se mudó a, actualmente vive en o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español y chino en forma gratuita.
- Póngase en contacto con Servicios al Miembro al 866.986.0356 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es 24 horas al día, 7 días a la semana. Esta llamada es gratuita.
- ATENCIÓN: Si habla español, cuenta con servicios de asistencia lingüística sin cargo disponibles para usted. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711).
- Si lo solicita, también podemos brindarle la información en braille, en letra grande, o en otros formatos alternativos.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Atención Médica Asequible y Protección del Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de MetroPlus Platinum Plan (HMO)

- “MetroPlus Health Plan, Inc.” es un plan de salud HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en MetroPlus Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro”, se refiere a MetroPlus Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” significa MetroPlus Platinum Plan (HMO).

H0423_MKT24_2221s_M Accepted 09052023

Aviso anual de cambios para 2024 Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año.....	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de desembolso	6
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y de farmacias	6
Sección 1.4 - Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos	7
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	7
SECCIÓN 3 Cómo decidir cuál plan elegir	10
Sección 3.1 – Si decide permanecer en MetroPlus Platinum Plan (HMO)	10
Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan.....	10
SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan	11
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare.....	11
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	11
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	12
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de MetroPlus Platinum Plan (HMO).....	12
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	13

Resumen de costos importantes para 2024

El siguiente cuadro compara los costos de 2023 y 2024 para MetroPlus Platinum (HMO) en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan* *Su prima puede ser superior o inferior a este monto. (Consulte la sección 1.1 para más detalles).</p>	\$142	\$132
<p>Monto máximo de desembolso Es lo <u>máximo</u> que pagará de desembolso por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para más detalles).</p>	\$8,300	\$8,850
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: \$0 por visita Visita al especialista: \$40 por visita</p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: \$0 por visita Visita al especialista: \$40 por visita</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Por período de beneficios: • Días 1 a 8: copago de \$225 por día • Días 9 a 90: copago de \$0 por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$0 por día</p>	<p>Por período de beneficios: • Días 1 a 8: copago de \$225 por día • Días 9 a 90: copago de \$0 por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$0 por día</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para más detalles).</p>	<p>Deducible: \$505 (excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos)</p>	<p>Deducible: \$545 (excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos)</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos): Coaseguro del 25 % • Todos los demás medicamentos: Coaseguro del 25 % <p>Cobertura Catastrófica: Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por cada receta, usted paga el monto que sea mayor de los siguientes: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina coaseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos). 	<p>Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos): Coaseguro del 25 % • Todos los demás medicamentos: Coaseguro del 25 % <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual (Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$142	\$132

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por haber estado sin otra cobertura de medicamentos recetados que sea al menos tan buena como la cobertura de Medicare (también referida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos superiores, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe "Ayuda Adicional" para sus costos de medicamentos recetados. Consulte la sección 7 para ver información sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de desembolso

Medicare exige a todos los planes de salud que limiten cuánto usted paga de desembolso durante el año. Este límite se denomina monto máximo de desembolso. Una vez que usted llega a este monto, en general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Monto máximo de desembolso Los costos por sus servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan como su monto máximo de desembolso personal. Su prima del plan y sus costos por medicamentos recetados no se contabilizan como parte de su monto máximo de desembolso.	\$8,300	\$8,850 Una vez que haya pagado \$8,850 de desembolso por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y de farmacias

Los directorios actualizados están en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada de proveedores o farmacias o para solicitar el envío por correo del directorio.

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

Habrán cambios en nuestra red de farmacias el próximo año. **Consulte el *Directorio de farmacias 2024* para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de nuestro plan a lo largo del año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, póngase en contacto con Servicios al Miembro para que podamos asistirle.

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

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

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$95.	Usted paga un copago de \$100.
Servicios quiroprácticos	Usted paga un copago de \$20.	Usted paga un copago de \$15.

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados 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 provee electrónicamente.

Hicimos cambios a nuestra “Lista de medicamentos”, que incluyen remover o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o moverlos a un nivel diferente de costos compartidos. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para saber si su medicamento ha sido movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente medicamentos que la FDA considere inseguros o que el fabricante del producto retire del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proveer 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 encontrar un nuevo medicamento. También puede contactar a Servicios al Miembro para obtener más información.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), es posible que la información sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted. Le enviamos un anexo separado, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por ingresos bajos” o “Anexo LIS”) que le informa sobre los costos de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este anexo a más tardar el 30 de septiembre de 2023, llame a Servicios al Miembro y solicite el Anexo LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información muestra los cambios en las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayor parte de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en la Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica).

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta haber alcanzado el deducible anual. No se aplica el deducible para los productos de insulina cubiertos ni para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, entre ellas, herpes, tétanos y vacunas para viajes.</p>	<p>El deducible es de \$505.</p>	<p>El deducible es de \$545.</p>

Cambios en sus costos compartidos durante la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>Los costos de esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o por recetas de medicamentos por correo, consulte el capítulo 6, sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 25 % del costo total. <p>Todos los demás medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 25 % del costo total. <p>Una vez que su costo total de medicamentos alcance los \$4,660, pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Brecha en la Cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 25 % del costo total. <p>Todos los demás medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 25 % del costo total. <p>Una vez que su costo total de medicamentos alcance los \$5,030, pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Brecha en la Cobertura).</p>

Cambios en la Etapa de Brecha en la Cobertura y en la Etapa de Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa de Brecha en la Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica) son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayor parte de los miembros no alcanza la Etapa de Brecha en la Cobertura ni la Etapa de Cobertura Catastrófica**

A partir del 2024, si usted alcanza la Etapa de Cobertura Catastrófica, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir cuál plan elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en MetroPlus Platinum Plan (HMO)

Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente se inscribirá en nuestro MetroPlus Platinum Plan (HMO).

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos que el próximo año siga siendo miembro, pero si desea cambiar de plan en 2024, siga los siguientes pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede unirse a otro plan de salud de Medicare
- *O* puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 2.1 sobre la posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el 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 Seguros Médicos (consulte la sección 6) o a Medicare (consulte la sección 7.2). Le recordamos que MetroPlus Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Será desafiliado automáticamente de MetroPlus Platinum Plan (HMO).
- Para cambiarse a **Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Será desafiliado automáticamente de MetroPlus Platinum Plan (HMO).
- Para cambiarse a **Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, usted debe seguir uno de los siguientes pasos:
 - Envíenos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Póngase en contacto con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - *O* contáctese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y solicite que lo desafilien. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan

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

¿Se puede cambiar de plan en otros momentos del año?

En algunas circunstancias, también está permitido cambiarse de plan en otros momentos del año. Ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” para el pago de sus medicamentos, aquellas que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicios.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no está conforme con el plan que eligió, se puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o bien puede cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si recientemente se mudó a, actualmente vive en o acaba de mudarse de una institución (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 (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con un plan de medicamentos recetados de Medicare separado o sin él) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, al SHIP se le llama Programa de Asesoría, Asistencia e Información sobre Seguros Médicos (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP).

Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoría local **gratuita** sobre seguros médicos para las personas con Medicare. Los asesores de HIICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar a HIICAP al 800.701.0501. Puede obtener más información sobre HIICAP visitando su sitio web (nyconnects.ny.gov/services/health-insurance-information-counseling-assistance-program-hiicap-791).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos distintas clases de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener “Ayuda Adicional” para pagar el costo de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, inclusive las primas mensuales de sus medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Adicionalmente, aquellos que califican no tendrán una transición de cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para ver si cumple los requisitos, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York cuenta con un programa llamado Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, su edad o su afección médica. Para obtener más información sobre este programa, consulte su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que personas elegibles para ADAP con VIH/sida tengan acceso a los medicamentos para el VIH que les permiten seguir viviendo. Las personas deben cumplir determinados criterios, que incluyen una constancia de residencia en el estado y de su condición de VIH, de bajos ingresos según define el estado y de que no tiene seguro o tiene un seguro limitado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro (ADAP por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al 800.542.2437, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de MetroPlus Platinum Plan (HMO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356, (solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas 24 horas al día, 7 días a la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (contiene detalles sobre beneficios y costos del año próximo)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios de sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* 2024 para MetroPlus Platinum Plan (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos y sus medicamentos recetados. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. Le recordamos que en nuestro sitio web podrá encontrar la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*/"*Lista de medicamentos*").

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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 ([medicare.gov](https://www.medicare.gov)). Tiene información sobre costos, cobertura y Calificaciones con Estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted 2024*

Lea el manual *Medicare y usted 2024*. Cada otoño, se les envía por correo este documento a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, además de las respuestas a las preguntas más frecuentes 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.