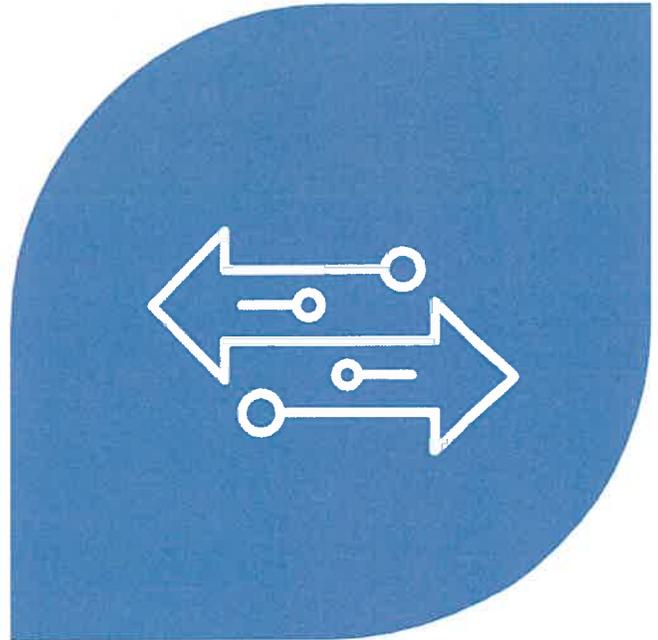
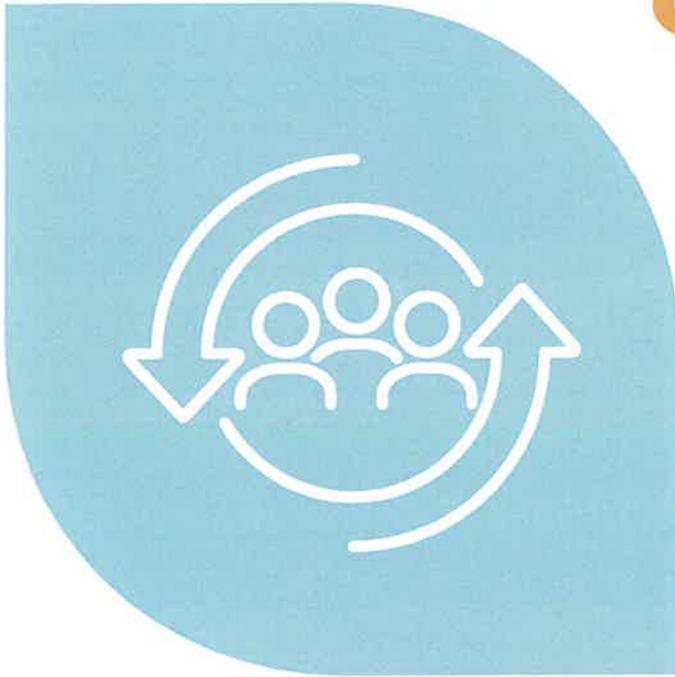


2023

# ELA ÓPTIMO PLUS

(HMO-PPO)



## NOTIFICACIÓN ANUAL DE CAMBIOS



*EMR*

# ELA Óptimo Plus (PPO) ofrecido por Triple-S Advantage, Inc.

## Notificación Anual de Cambios para 2023

Usted está afiliado actualmente a ELA Óptimo Plus. El año que viene, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Por favor, vaya a la página 4 para que vea el Resumen de Costos Importantes, incluyendo su Prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información de costos, beneficios o reglas consulte la *Evidencia de Cubierta*, la cual está localizada en nuestra página de internet [www.sssadvantage.com](http://www.sssadvantage.com). También puede llamar a Servicio de Atención al Afiliado para pedirnos que le enviemos por correo la *Evidencia de Cubierta*.

- **Para obtener información acerca de su periodo de afiliación, por favor comuníquese con ELA Óptimo Plus o con el administrador del plan de beneficios de su patrono.**

### Qué hacer ahora

#### 1. PREGUNTE: Cuáles cambios le aplican a usted

- Verifique los cambios a nuestros beneficios y costos para que vea si le afectan.
  - Revise los cambios en los costos de la atención Médica (médico, hospital)
  - Evalúe los cambios en nuestra cubierta de medicamentos, incluyendo los requisitos de preautorización y costos
  - Considere cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos
- Verifique los cambios en la Lista de Medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de cuidado primario, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se siente satisfecho con nuestro plan.

#### 2. COMPARE: Conozca sobre otras opciones de plan

- Revise las cubiertas y costos de los planes en su área. Utilice la opción del buscador de planes Medicare en la página de internet [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2023*.
- Una vez haya reducido su selección a un plan de su preferencia, confirme los costos y cubierta en la página de internet de ese plan.



*EMR*

**3. ESCOJA:** Decida si desea cambiarse de plan

- Si no se afilia a otro plan en o antes del periodo establecido por su patrono, usted será afiliado en ELA Óptimo Plus.
- Para cambiar a **otro plan**, puede cambiar plan durante el periodo establecido por su patrono. Su nueva cubierta comenzará el 1 de enero de 2023. Esto terminará su afiliación a ELA Óptimo Plus.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento.

**Recursos Adicionales**

- Este documento está disponible en inglés libre de costo.
- Por favor comuníquese con nuestro departamento de Servicios al Afiliado al 1-888-620-1919 para obtener información adicional. (Audio-impeidos con equipo especializado de TTY deben llamar al 1-866-620-2520). Nuestro horario es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Este documento también está disponible en otros formatos como braille, texto agrandado y audio. Por favor llame a Servicios al Afiliado si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje.
- **La cubierta bajo este plan cualifica como Cobertura Médica Calificada (QHC**, por sus siglas en inglés) y satisface la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) requisito de la responsabilidad compartida del individuo. Por favor visite la página de internet del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para más información.



**Sobre ELA Óptimo Plus**

- Triple-S Advantage, Inc. es una organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), con un contrato con Medicare. La afiliación a Triple-S Advantage, Inc. depende de la renovación de contrato. Triple-S Advantage, Inc. es un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.
- Cuando este documento dice "nosotros" o "nuestro", se refiere a Triple-S Advantage, Inc. Cuando se dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a ELA Óptimo Plus.
- Proveedores fuera de la red/no-contratados no están bajo ninguna obligación para tratar afiliados de Triple-S Advantage, Inc., excepto en situaciones de emergencia. Para una decisión respecto a si cubriremos un servicio fuera de la red, le exhortamos a usted o su proveedor que nos pida una determinación organizacional antes de recibir el servicio. Por favor llame al número de Servicios al Afiliado o vea su *Evidencia de Cubierta* para más información, incluyendo el costo compartido que aplica para servicios fuera de la red.

EMR

## **Notificación Anual de Cambios para 2023** **Tabla de contenido**

**Resumen de Costos Importantes para el 2023 ..... 4**

**SECCIÓN 1 Cambios de Beneficios y Costos para el Próximo Año ..... 7**

Sección 1.1 – Cambios a la Prima Mensual..... 7

Sección 1.2 – Cambios a la Cantidad Máxima de Gasto Directo de su Bolsillo ..... 7

Sección 1.3 – Cambios a la Red de Proveedores y Farmacia ..... 8

Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos para los Servicios Médicos ..... 9

Sección 1.5 – Cambios a la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D..... 9

**SECCIÓN 2 Decidir qué Plan Elegir..... 13**

Sección 2.1 – Si desea permanecer en ELA Óptimo Plus ..... 13

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan ..... 13

**SECCIÓN 3 Fecha Límite para Cambiar de Plan..... 14**

**SECCIÓN 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratis acerca de Medicare ..... 14**

**SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados ..... 15**

**SECCIÓN 6 ¿Tiene Preguntas?..... 15**

Sección 6.1 – Obteniendo ayuda de ELA Óptimo Plus ..... 15

Sección 6.2 – Obteniendo Ayuda de Medicare..... 16

*EMR*




**Resumen de Costos Importantes para el 2023**

La tabla a continuación compara los costos de los años 2022 y 2023 para ELA Óptimo Plus en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.**

Costos	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>* Su prima puede ser mayor. Consulte en la Sección 1.1 para detalles.</p>	\$100 prima mensual	\$100 prima mensual
<p><b>Cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo</b></p> <p>Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B. (Consulte la <b>Sección 1.2</b> para detalles).</p>	<p>De los proveedores de la red: \$6,700</p> <p>De los proveedores de la red y fuera de la red combinado: \$10,000</p>	<p>De los proveedores de la red: \$6,700</p> <p>De los proveedores de la red y fuera de la red combinado: \$10,000</p>
<p><b>Visitas al consultorio médico</b></p>	<p>Visitas al médico primario: Usted paga \$0 copago por visita, incluyendo servicios de Telemedicina Adicional.</p> <p>Visitas a especialistas: Usted paga \$0 copago por visitas en las facilidades de Salus. Otros proveedores están disponibles en nuestra red.</p> <p>Usted paga \$5 copago por visitas en la Red de Proveedores, incluyendo servicios de Telemedicina Adicional.</p>	<p>Visitas al médico primario: Usted paga \$0 copago por visita, incluyendo servicios de Telemedicina Adicional.</p> <p>Visitas a especialistas: Usted paga \$0 copago por visitas en las facilidades de Salus. Otros proveedores están disponibles en nuestra red.</p> <p>Usted paga \$5 copago por visitas en la Red de Proveedores, incluyendo servicios de Telemedicina Adicional.</p>



EMR

*[Handwritten signature]*

Costos	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Estadías hospitalarias</b>                      Incluye hospitalización severa, rehabilitación hospitalaria, hospitales de cuidado prolongado y otros tipos de servicios intrahospitalarios. El cuidado hospitalario comienza el día que es formalmente admitido al hospital con orden de un médico. El día antes de que es dado de alta es su último día de hospitalización.</p>	<p>\$0 copago por admisión</p>	<p>\$0 copago por admisión</p>
<p><b>Cubierta de medicamentos recetados de la Parte D</b>                      (Consulte la <b>Sección 1.5</b> para detalles).</p>	<p>Deducible: \$0                      Copagos o coaseguros durante la Etapa de Cubierta Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de Medicamentos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal estándar- \$2 copago</li> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal preferida- \$0 copago</li> </ul> </li> <li>• Nivel 2 de Medicamentos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal estándar- \$8 copago</li> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal preferida- \$0 copago</li> </ul> </li> <li>• Nivel 3 de Medicamentos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal estándar- \$15 copago</li> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal preferida- \$8 copago</li> </ul> </li> </ul>	<p>Deducible: \$0                      Copagos o coaseguros durante la Etapa de Cubierta Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de Medicamentos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal estándar- \$2 copago</li> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal preferida- \$0 copago</li> </ul> </li> <li>• Nivel 2 de Medicamentos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal estándar- \$8 copago</li> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal preferida- \$0 copago</li> </ul> </li> <li>• Nivel 3 de Medicamentos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal estándar- \$15 copago</li> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal preferida- \$8 copago</li> </ul> </li> </ul>



*EMR*

*[Handwritten signature]*

Costos	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 4 de Medicamentos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal estándar- \$20 copago</li> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal preferida- \$10 copago</li> </ul> </li>   <li>• Nivel 5 de Medicamentos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Costos compartidos de farmacias al detal estándar- 25% coaseguro</li> <li>– Costos compartidos de farmacias al detal preferida- 25% coaseguro</li> </ul> </li>   <li>• Nivel 6 de Medicamentos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal estándar- \$2 copago</li>   <li>–Costos compartidos de farmacias al detal preferida- \$0 copago</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 4 de Medicamentos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal estándar- \$20 copago</li> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal preferida- \$10 copago</li> </ul> </li>   <li>• Nivel 5 de Medicamentos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Costos compartidos de farmacias al detal estándar- 25% coaseguro</li> <li>– Costos compartidos de farmacias al detal preferida- 25% coaseguro</li> </ul> </li>   <li>• Nivel 6 de Medicamentos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>–Costos compartidos de farmacias al detal estándar- \$2 copago</li>   <li>– Costos compartidos de farmacias al detal preferida- \$0 copago</li> </ul> </li> </ul>



EMR

**SECCIÓN 1 Cambios de Beneficios y Costos para el Próximo Año**

**Sección 1.1 – Cambios a la Prima Mensual**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$100	\$100

- La prima mensual de su plan será mayor si debe pagar una penalidad por inscripción tardía de la Parte D, por estar sin cubierta de medicamentos tan buena como la cubierta de medicamentos de Medicare (también conocida como “cubierta acreditable”) por 63 días o más.
- Si tiene un ingreso superior, es posible que deba pagar una cantidad adicional mensual directamente al gobierno por su cubierta de medicamentos recetados de Medicare.

**Sección 1.2 – Cambios a la Cantidad Máxima de Gasto Directo de su Bolsillo**

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se conoce como “cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo”. Cuando usted alcanza la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo, por lo general usted no paga nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B durante el resto del año.

*EMR*  




Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo</b></p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) de proveedores de la red cuentan para la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo dentro de la red. La prima de su plan y el costo por medicamentos recetados no cuenta para la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo.</p>	<p>\$6,700</p>	<p style="text-align: center;">\$6,700</p> <p>Una vez que pagó \$6,700 de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B, no paga nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B de proveedores de la red por el resto del año calendario.</p>
<p><b>Cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo combinado</b></p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) de proveedores dentro de la red y fuera de la red cuentan para la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo combinado. La prima de su plan y el costo por medicamentos recetados no cuenta para la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo por servicios médicos.</p>	<p>\$10,000</p>	<p style="text-align: center;">\$10,000</p> <p>Una vez que pagó \$10,000 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, usted no paga nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B de proveedores de la red o que no pertenecen a la red durante el resto del año calendario.</p>



**Sección 1.3 – Cambios a la Red de Proveedores y Farmacia**

Los directorios actualizados están localizados en nuestra página de internet [www.sssadvantage.com](http://www.sssadvantage.com). También puede llamar a Servicios de Atención al Afiliado para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Proveedores y/o Farmacias* por correo.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Por favor, revise el *Directorio de Proveedores de 2023* para ver si sus proveedores (médico primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Por favor, revise el *Directorio de Farmacia de 2023* para ver cuáles farmacias se encuentran en nuestra red.**

*EMR*

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de proveedores a mitad de año le afecta, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Afiliado para que podamos ayudarle.

### Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos para los Servicios Médicos

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



Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Beneficio Nutricional / Dietético</b>	Usted paga \$0 copago	Usted paga \$0 copago
	Hasta un máximo de cuatro (4) visitas individuales al año.	Hasta un máximo de doce (12) visitas individuales al año.

### Sección 1.5 – Cambios a la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D

#### Cambios a nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se conoce como Formulario o “Lista de Medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de Medicamentos ha sido provista electrónicamente.

Realizamos cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios a los medicamentos cubiertos y cambios a las restricciones aplicables a nuestra cubierta de ciertos medicamentos.

**Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos remover, de forma inmediata, medicamentos que son considerados peligrosos por la Administración Federal de Drogas (FDA, por sus siglas en inglés) o que son retirados del mercado por el fabricante. Actualizamos la Lista de Medicamentos en nuestra página de internet para ofrecer la lista más reciente de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en la cubierta de medicamentos a principios de año o durante el año, revise el capítulo 9 de su *Evidencia de Cubierta* y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporero, solicitar una excepción y/o buscar un nuevo



medicamento. También puede contactar a Servicio de Atención al Afiliado para más información.

**Cambios a los Costos de Medicamentos Recetados**

Nota: Si usted está en un programa que ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda Adicional”), la **información sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicársele a usted.**

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos".

La información a continuación presenta los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas; la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cubierta Inicial. (La mayoría de los afiliados no llega a las otras dos etapas – la Etapa de Brecha en la Cubierta o la Etapa de Cubierta Catastrófica.

**Mensaje Importante Acerca de lo que Usted Pagará por Vacunas** – Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios al Afiliado para más información.

**Mensaje Importante Acerca de lo que Usted Pagará por Insulina** – Usted no pagará más de \$0 en una farmacia al detal preferida o \$2 en una farmacia al detal estándar para el suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan sin importar la etapa de costo compartido en el que se encuentra

**Cambios en la Etapa de Deducible**

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b>	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.

**Cambios en los costos compartidos en la Etapa de Cubierta Inicial**

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de Cubierta Inicial</b> Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.	Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:  <b>Nivel 1 de Medicamentos - Genérico Preferido:</b>	Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:  <b>Nivel 1 de Medicamentos - Genérico Preferido:</b>

*EMR*

Los costos en esta fila corresponden a un suministro para un mes (30 días) si despacha su receta en una farmacia de la red. Para información sobre los costos para un suministro a largo plazo en las farmacias preferidas, o para recetas ordenadas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su *Evidencia de Cubierta*.

Cambiamos el nivel de algunos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos pasaron a un nivel distinto, búselos en la Lista de Medicamentos.



*EMR*

*Costo compartido estándar:* Usted paga \$2 copago por medicamento recetado.

*Costo compartido preferido:* Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.

**Nivel 2 de Medicamentos - Genérico:**

*Costo compartido estándar:* Usted paga \$8 copago por medicamento recetado.

*Costo compartido preferido:* Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.

**Nivel 3 de Medicamentos - Marca Preferida:**

*Costo compartido estándar:* Usted paga \$15 copago por medicamento recetado.

*Costo compartido preferido:* Usted paga \$8 copago por medicamento recetado.

**Nivel 4 de Medicamentos- Marca No-Preferida:**

*Costo compartido estándar:* Usted paga \$20 copago por medicamento recetado.

*Costo compartido preferido:* Usted paga \$10 copago por medicamento recetado.

*Costo compartido estándar:* Usted paga \$2 copago por medicamento recetado.

*Costo compartido preferido:* Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.

**Nivel 2 de Medicamentos - Genérico:**

*Costo compartido estándar:* Usted paga \$8 copago por medicamento recetado.

*Costo compartido preferido:* Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.

**Nivel 3 de Medicamentos - Marca Preferida:**

*Costo compartido estándar:* Usted paga \$15 copago por medicamento recetado.

*Costo compartido preferido:* Usted paga \$8 copago por medicamento recetado.

**Nivel 4 de Medicamentos- Marca No-Preferida:**

*Costo compartido estándar:* Usted paga \$20 copago por medicamento recetado.

*Costo compartido preferido:* Usted paga \$10 copago por medicamento recetado.

**Nivel 5 de Medicamentos  
- Especialidad:**

*Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total.

*Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total.

**Nivel 6 de Medicamentos  
- Medicamentos  
Cuidados Selectos:**

*Costo compartido estándar:* Usted paga \$2 copago por medicamento recetado.

*Costo compartido preferido:* Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.

Una vez sus costos totales de medicamentos lleguen a \$4,430, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha en la Cubierta).

**Nivel 5 de Medicamentos  
- Especialidad:**

*Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total.

*Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total.

**Nivel 6 de Medicamentos  
- Medicamentos  
Cuidados Selectos:**

*Costo compartido estándar:* Usted paga \$2 copago por medicamento recetado.

*Costo compartido preferido:* Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.

Una vez sus costos totales de medicamentos lleguen a \$4,660, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha en la Cubierta).



EMR

## SECCIÓN 2 Decidir qué Plan Elegir

### Sección 2.1 – Si desea permanecer en ELA Óptimo Plus

Para permanecer en nuestro plan no tiene que hacer nada. Si no se afilia en otro plan o cambia a Medicare Original antes de la fecha establecida por su patrono, automáticamente será afiliado a ELA Óptimo Plus.

### Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar de planes para 2023, siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca y compare las opciones

- Puede unirse a un plan de salud Medicare diferente,
- -- O-- Puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se afilia en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se afilia en un plan de medicamentos de Medicare, vea la Sección 1.1 respecto a una posible penalidad por afiliación tardía en la Parte D.



Para conocer más sobre Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare, use el buscador de planes de medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2023*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) (vea la Sección 4), o llame a Medicare (vea la Sección 6.2).

A modo de recordatorio, Triple-S Advantage, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden ser distintos en cubierta, prima mensual y cantidades de costo compartido.

#### Paso 2: Cambie de cubierta

- Para **cambiar a otro plan de salud de Medicare**, afilíese en el nuevo plan. Automáticamente será desafiliado de ELA Óptimo Plus.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, afilíese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente será desafiliado de ELA Óptimo Plus.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
  - Enviar una solicitud escrita para desafilarse. Comuníquese con Servicios al Afiliado si necesita más información acerca de cómo hacer esto.

EMR

- – O – Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicite la baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 3 Fecha Límite para Cambiar de Plan

Si desea cambiar a otro plan o a Medicare Original el próximo año, **por favor comuníquese con ELA Óptimo Plus o el administrador del plan de beneficios de su patrono..** El cambio entrará en vigor a partir del 1 de enero de 2023.

#### ¿Hay otros periodos del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen personas que tienen Medicaid, las que reciben "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos, las personas que tienen o están dejando una cubierta patronal y las que se mudan fuera del área de servicio, pudieran realizar cambios en otros momentos del año.

Si se afilió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cubierta de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin cubierta de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si se ha mudado recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados prolongados), puede cambiar su cubierta de Medicare en cualquier momento. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cubierta de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.



### SECCIÓN 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratis acerca de Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Puerto Rico, el programa SHIP se llama Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada.

Este es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros de salud a las personas con Medicare. Los asesores de la Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a la Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada en San Juan al 1-877-725-4300, en Ponce al 1-800-981-7735, o en Mayagüez al 1-800-981-0056, de lunes a viernes de 8:00 a.m. – 4:00 p.m. Puede obtener más información sobre la Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada visitando su página de internet ([www.oppea.pr.gov/](http://www.oppea.pr.gov/)).

*EMK*

**SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados**

Usted puede ser elegible para recibir ayuda para pagar por medicamentos recetados. A continuación, se detallan los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir “Ayuda Adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar hasta 75% o más de los costos de sus medicamentos, que incluye primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Por otra parte, las personas elegibles no tendrán un período sin cubierta ni deberán pagar una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas desconocen que son elegibles. Para saber si es elegible, llame a:



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 del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre 8 a.m. y 7 p.m. para un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o

- o La Oficina de Medicaid de su estado (aplicaciones).

- **Programa de Asistencia de Costos-Compartidos para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia en Medicamentos (ADAP, por sus siglas en inglés) se asegura que las personas elegibles que viven con el VIH/SIDA tienen acceso a salvar su vida con sus medicamentos para el VIH. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia del estado y estado serológico con respecto al VIH, los bajos ingresos definidos por el Estado, y los que carecen de seguro, bajo condición del afiliado. Medicamentos recetados de la Parte D, que también están cubiertos por ADAP, cualifican para asistencia de costo compartido de los gastos a través del Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud de Puerto Rico. Para obtener más información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al (787) 765-2929 Ext. 5106 y 5137.

**SECCIÓN 6 ¿Tiene Preguntas?**

**Sección 6.1 – Obteniendo ayuda de ELA Óptimo Plus**

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios al Afiliado al 1-888-620-1919. (Audio-impeidos con equipo especializado de TTY únicamente deben llamar al 1-866-620-2520). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a estos números son libres de costo.

## Lea su *Evidencia de Cubierta 2023* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Esta *Notificación Anual de Cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el año 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cubierta 2023* de ELA Óptimo Plus. La *Evidencia de Cubierta* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir servicios cubiertos y medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de Cubierta* está localizada en nuestra página de internet [www.sssadvantage.com](http://www.sssadvantage.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitar que le enviemos la *Evidencia de Cubierta* por correo.

### Visite nuestra página de internet

También puede visitar nuestra página de internet [www.sssadvantage.com](http://www.sssadvantage.com). Recuerde que nuestra página de internet contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario /Lista de Medicamentos).

## Sección 6.2 – Obteniendo 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 la página de internet de Medicare

Visite la página de internet de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Contiene información sobre los costos, cubierta y Calificación de Estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Para ver la información sobre los planes, vaya a [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### Lea *Medicare y Usted 2023p*

Lea el manual *Medicare y Usted 2023*. Este manual se envía por correo cada otoño a las personas que tienen Medicare. El documento contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerlo en la página de internet de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-s-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.

Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina a base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Triple-S Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on



the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles libre de cargo para usted. Llame al: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).



EMR

### Multi-language Interpreter Services

**English:** 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)。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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

EMR  




**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** 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 (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**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 (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde e de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** 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 (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) Ta usługa jest bezpłatna.




**Japanese:** 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、1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。



EMR