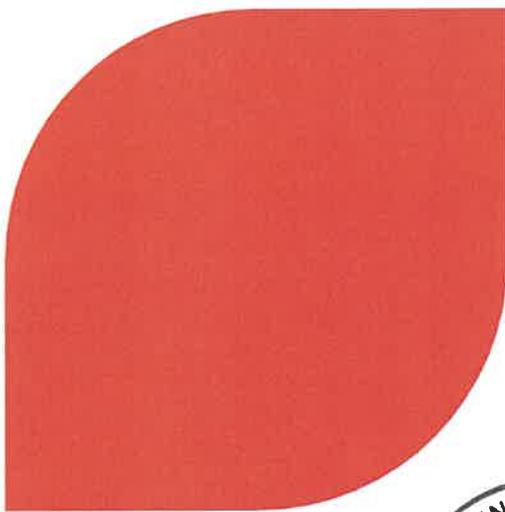
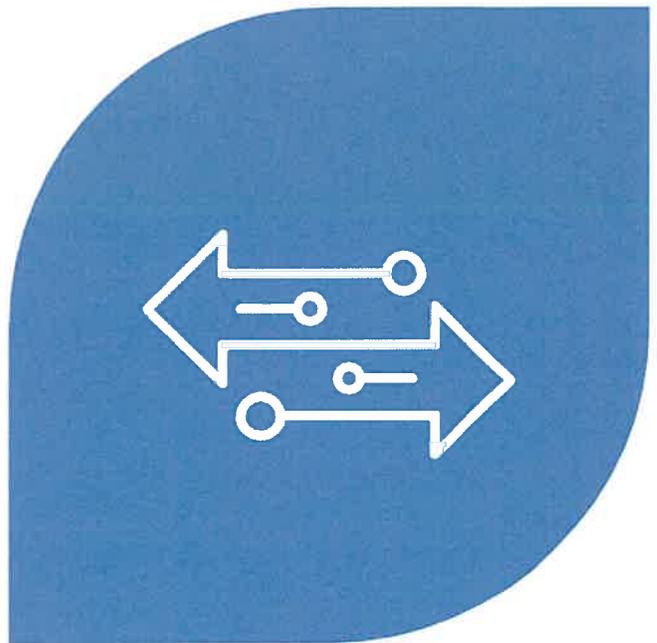
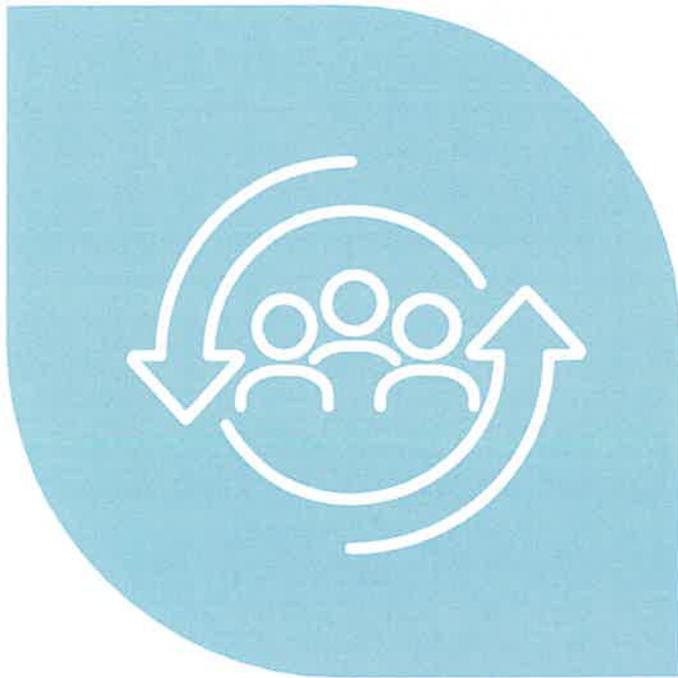


2023

TITÁN PLUS

(HMO-PPO)



NOTIFICACIÓN ANUAL DE CAMBIOS

EMR



ELA Titán Plus (HMO-POS) ofrecido por Triple-S Advantage, Inc.

Notificación Anual de Cambios para 2023

Usted está afiliado actualmente a *ELA Titán 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). También puede llamar a Servicio 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 Titán 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, incluidos los requisitos de autorización y los 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 está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca sobre otras opciones de plan

- Revise las cubiertas y costos de los planes en su área. Utilice el buscador de planes Medicare en la página de internet 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.

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 Titán Plus.
- **Para cambiar a otro plan** puede cambiar planes durante el periodo establecido por su patrono. Su nueva cubierta comenzará el **1 de enero de 2023**. Esto terminará su afiliación a ELA Titán 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-impeididos 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 para más información.

Sobre ELA Titán Plus

- Triple-S Advantage, Inc. es una Organización de Cuidado Coordinado (HMO, 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 Titán 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. 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..... 8

 Sección 1.1 Cambios en su Prima Mensual 8

 Sección 1.2 Cambios a la Cantidad Máxima de Gasto Directo de su Bolsillo 8

 Sección 1.3 Cambios a la Red de Proveedores y Farmacias 9

 Sección 1.4 Cambios en los Beneficios y Costos para los Servicios Médicos 10

 Sección 1.5 Cambios a la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D 12

SECCIÓN 2 Decidiendo qué Plan Elegir 15

 Sección 2.1 Si desea permanecer en *ELA Titán Plus* 15

 Sección 2.2 Si desea cambiar de plan 15

SECCIÓN 3 Fecha Límite para Cambiar de Plan..... 16

SECCIÓN 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratis Acerca de Medicare 17

SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados..... 17

SECCIÓN 6 ¿Tiene Preguntas?..... 18

 Sección 6.1 Obteniendo Ayuda de *ELA Titán Plus* 18

 Sección 6.2 Obteniendo Ayuda de Medicare 18

EMR




Resumen de Costos Importantes para el 2023

La tabla a continuación compara los costos de los años 2022 y 2023 para ELA Titán 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>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor a esta cantidad. Consulte en la Sección 1.1 para detalles.</p>	\$100	\$100
<p>Cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo</p> <p>Esta es la cantidad máxima que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B. (Consulte la Sección 1.2 para detalles.)</p>	\$3,400	\$3,650
<p>Visitas al consultorio médico</p> 	<p>Visitas al médico primario: Usted paga \$0 copago por visita incluyendo los servicios de Telemedicina Adicional.</p> <p>Visitas a especialistas: Usted paga \$0 copago por visita al especialista en la Red de Proveedores Preferida incluyendo los servicios de Telemedicina Adicional.</p> <p>Usted paga \$5 copago por visita al especialista en la Red de Proveedores incluyendo los servicios de Telemedicina Adicional.</p>	<p>Visitas al médico primario: Usted paga \$0 copago por visita incluyendo los servicios de Telemedicina Adicional.</p> <p>Visitas a especialistas: Usted paga \$0 copago por visita al especialista en la Red de Proveedores Preferida incluyendo los servicios de Telemedicina Adicional.</p> <p>Usted paga \$5 copago por visita al especialista en la Red de Proveedores incluyendo los servicios de Telemedicina Adicional.</p>
<p>Estadías hospitalarias</p>	<p>Usted paga \$0 copago por admisión en la Red de</p>	<p>Usted paga \$0 copago por admisión en la Red de</p>

Proveedores Preferida.	Proveedores Preferida.
Usted paga \$50 copago por admisión en la Red de Proveedores.	Usted paga \$50 copago por admisión en la Red de Proveedores.



EMR

**Cubierta de medicamentos
recetados de la Parte D**

(Consulte la Sección 1.5 para
detalles.)

Deducible: \$0
Copagos o coaseguros
durante la Etapa de
Cubierta Inicial:

- **Nivel 1 de Medicamentos:**
 - Costos compartidos de farmacias al detal estándar- Usted paga \$2 copago
 - Costos compartidos de farmacias al detal preferida- Usted paga \$0 copago

- **Nivel 2 de Medicamentos:**
 - Costos compartidos de farmacias al detal estándar- Usted paga \$2 copago
 - Costos compartidos de farmacias al detal preferida- Usted paga \$0 copago

- **Nivel 3 de Medicamentos:**
 - Costos compartidos de farmacias al detal estándar- Usted paga \$10 copago
 - Costos compartidos de farmacias al detal preferida- Usted paga \$5 copago

- **Nivel 4 de Medicamentos:**
 - Costos compartidos de farmacias al detal

Deducible: \$0
Copagos o coaseguros
durante la Etapa de
Cubierta Inicial:

- **Nivel 1 de Medicamentos:**
 - Costos compartidos de farmacias al detal estándar- Usted paga \$2 copago
 - Costos compartidos de farmacias al detal preferida- Usted paga \$0 copago

- **Nivel 2 de Medicamentos:**
 - Costos compartidos de farmacias al detal estándar- Usted paga \$2 copago
 - Costos compartidos de farmacias al detal preferida- Usted paga \$0 copago

- **Nivel 3 de Medicamentos:**
 - Costos compartidos de farmacias al detal estándar- Usted paga \$10 copago
 - Costos compartidos de farmacias al detal preferida- Usted paga \$5 copago

- **Nivel 4 de Medicamentos:**
 - Costos compartidos de farmacias al detal



EMR

[Handwritten signature]

estándar- Usted paga \$20 copago	estándar- Usted paga \$20 copago
– Costos compartidos de farmacias al detal preferida- Usted paga \$10 copago	– Costos compartidos de farmacias al detal preferida- Usted paga \$10 copago
• Nivel 5 de Medicamentos:	• Nivel 5 de Medicamentos:
– Costos compartidos de farmacias al detal estándar- Usted paga 30% coaseguro	– Costos compartidos de farmacias al detal estándar- Usted paga 33% coaseguro
– Costos compartidos de farmacias al detal preferida- Usted paga 30% coaseguro	– Costos compartidos de farmacias al detal preferida- Usted paga 33% coaseguro
• Nivel 6 de Medicamentos:	• Nivel 6 de Medicamentos:
– Costos compartidos de farmacias al detal estándar- Usted paga \$2 copago	– Costos compartidos de farmacias al detal estándar- Usted paga \$2 copago
– Costos compartidos de farmacias al detal preferida- Usted paga \$0 copago	– Costos compartidos de farmacias al detal preferida- Usted paga \$0 copago



EMR

SECCIÓN 1 Cambios de Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 1.1 Cambios en su Prima Mensual

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

Para su protección, 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)	2022 (próximo año)
<p>Cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo.</p>	\$3,400	\$3,650 Una vez que haya pagado \$3,650 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Partes A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios a la Red de Proveedores y Farmacias

Los directorios actualizados están localizados en nuestra página de internet 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 por correo.

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

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Por favor, revise el Directorio de Farmacias 2023 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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 al Afiliado para que podamos ayudarle.

EMR



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)
Servicios dentales <i>Servicios Dental Comprensivo</i>	Usted paga \$0 copago. Hasta \$1,500 cada año para servicios dentales comprensivos.	Usted paga \$0 copago. Hasta \$3,000 cada año para servicios dentales comprensivos.
Beneficio Nutricional / Dietético	Usted paga \$0 copago. Hasta un máximo de cuatro (4) visitas individuales al año a un nutricionista para servicios de consejería y educación general no cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 copago. Hasta un máximo de doce (12) visitas individuales al año a un nutricionista para servicios de consejería y educación general no cubiertos por Medicare.

EMR



Beneficios Suplementarios Especiales para los Enfermos Crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés)

Para ser elegible para estos beneficios, debe cumplir con **todos** los siguientes requisitos:

- Tener una o más afecciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que ponen en peligro la vida o limitan significativamente su salud general o función;
- Tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud; y
- Requerir coordinación de cuidado intensivo.

Para obtener información adicional sobre los requisitos de elegibilidad para estos beneficios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su Evidencia de Cubierta 2023.

El beneficio mencionado es parte de un programa especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los afiliados son elegibles.

EMR

[Handwritten signature]

Usted paga \$0 copago.

Como afiliado de ELA Titán Plus usted pudiera ser elegible para beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos.

Los beneficios a los que pudiera ser elegible son:

- \$75 cada 3 meses para la compra de alimentos, cargos por entrega de alimentos y/o limpieza del hogar realizada por un profesional.

- Elegibilidad de usar su beneficio de transporte para destinos no médicos, tales como iglesias, supermercados e instituciones financieras (ej.: bancos).

Usted paga \$0 copago.

Como afiliado de ELA Titán Plus usted pudiera ser elegible para beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos.

Usted puede ser elegible a \$75 cada 3 meses para pagar:

- La compra de alimentos, productos de limpieza y el pago de los gastos de entrega de alimentos,

- Artículos OTC adicionales (además del beneficio OTC estándar incluido en su plan),

- Limpieza del hogar realizada por un profesional contratado,

- Compra de gasolina a través de comerciantes contratados,

- Acceso a eventos culturales, sociales y de entretenimiento,

- Copagos y coaseguros por servicios cubiertos dentro de la red, donde sea aceptado

- Para pago de utilidades restringidas a: gas propano, agua, luz, internet, teléfono, tv cable/satélite a través de comercios contratados.

- Transporte adicional (además de los viajes en el beneficio de Transportación estándar incluido en su cubierta).



Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
		<p>- EL beneficio de transporte para destinos no médicos, tales como iglesias, supermercados e instituciones financieras (ej.: bancos). no está cubierto.</p>

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 está disponible electrónicamente. **Usted puede obtener la lista de medicamentos completa** llamando a Servicios al Afiliado (vea la contraportada de este documento) o visite nuestra página de internet (www.sssadvantage.com).

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, a lo largo del año, podemos realizar otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos considerados inseguros por la Administración Federal de Drogas (FDA por sus siglas en inglés) o 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 al Afiliado para más información.

Cambios a los Costos de Medicamentos Recetados

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 suplido 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)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	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)
<p>Etapa 2: Etapa de Cubierta Inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>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 o para recetas ordenadas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cubierta</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos medicamentos de nuestra Lista de</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 de Medicamentos-Genérico Preferido:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$2 copago por medicamento recetado.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 de Medicamentos-Genérico:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$2</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 de Medicamentos-Genérico Preferido:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$2 copago por medicamento recetado.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 de Medicamentos-Genérico:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$2</p>

EMR

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

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 \$10 copago por medicamento recetado.

Costo compartido preferido: Usted paga \$5 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-Medicamento Especializado:

Costo compartido estándar: Usted paga 30% del costo total

Costo compartido preferido: Usted paga 30% 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.

Nivel 3 de Medicamentos-Marca Preferida:

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

Costo compartido preferido: Usted paga \$5 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-Medicamento Especializado:

Costo compartido estándar: Usted paga 33% del costo total

Costo compartido preferido: Usted paga 33% del costo total

Nivel 6 de Medicamentos-Medicamentos Cuidados Selectos:

Costo compartido estándar: Usted paga \$2



EMR

	<p>copago por medicamento recetado.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.</p>	<p>copago por medicamento recetado.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.</p>
	<p>Una vez sus costos totales de medicamentos lleguen a \$4,430, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha en la Cubierta).</p>	<p>Una vez sus costos totales de medicamentos lleguen a \$4,660, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha en la Cubierta).</p>

SECCIÓN 2 Decidiendo qué Plan Elegir

Sección 2.1 Si desea permanecer en ELA Titán Plus

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

Sección 2.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar de plan 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 2.1 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), 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).

EMR 

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**, afíliese en el nuevo plan. Automáticamente será desafiado de ELA Titán Plus.
- **Para cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, afíliese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente será desafiado de ELA Titán Plus.

Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados, usted debe:



- Enviar una solicitud escrita para desafiarse. Comuníquese con Servicios al Afiliado si necesita más información acerca de cómo hacer esto.
- 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 Titán 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 períodos 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.

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 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.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento de seguro de salud 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/).

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. 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
 - 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.



EMR

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 Titán 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 Titán 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. 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. 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). Contiene información sobre los costos, cubierta y Calificación de Estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a (www.medicare.gov/plan-compare)).

Lea Medicare y Usted 2023

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 panggagamot. 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.

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 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 ou 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ごさいます。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。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。



EMR