Aviso Anual de Cambios 2023

AARP® MedicareRx Walgreens (PDP)

Número gratuito **1-866-870-3470,** TTY **711**
24 horas del día, los 7 días de la semana

myAARPMedicare.com

¿Tenemos su dirección correcta?
Si no es así, comuníquese con nosotros para que reciba toda la información del plan.

AARP | Medicare Rx Walgreens from UnitedHealthcare

Y0066_ANOC_S5921_386_000_2023_SP_M

Encuentre las actualizaciones de su plan para el próximo año

Este aviso le proporciona información sobre las actualizaciones de su plan, pero tenga en cuenta que no incluye todos los detalles. En este aviso usted será dirigido a **myAARPMedicare.com** para revisar los detalles en Internet. Todos los documentos que se indican a continuación estarán disponibles en Internet para el **15 de octubre de 2022.**

Directorio de Farmacias

Revise el Directorio de Farmacias 2023 en Internet para saber qué farmacias son parte de nuestra red el próximo año.

Lista de Medicamentos (Formulario)

Puede buscar los medicamentos que estarán cubiertos por su plan el próximo año y revisar cualquier nueva restricción en nuestro sitio web.

Evidencia de Cobertura (EOC)

Revise su Evidencia de Cobertura 2023 para obtener información detallada de los costos y beneficios del plan. La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos.

¿Prefiere recibir copias impresas?

Si desea una copia impresa de todo lo indicado anteriormente, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 1-866-870-3470 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Reduzca la acumulación de papeles y obtenga los documentos del plan más rápido.

Visite **myAARPMedicare.com** para inscribirse para recibir documentos por vía electrónica.

AARP® MedicareRx Walgreens (PDP) ofrecido por UnitedHealthcare

Aviso Anual de Cambios para el año 2023

Actualmente está inscrito como miembro de AARP® MedicareRx Walgreens (PDP).

El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. Consulte la página 7 para obtener un Resumen de Costos Importantes, incluso la Prima. Este documento explica los cambios a su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, consulte la Evidencia de Cobertura, que se encuentra disponible en nuestro sitio web en myAARPMedicare.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

Si desea hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año, puede hacerlos desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Qué debe hacer ahora

1. Pregúntese: Qué cambios le afectan a usted

☐ Revise los cambios a los beneficios y los costos para saber si le afectan.

- Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluso los requisitos de autorización y los costos.
- Considere cuánto le costarán las primas, los deducibles y los costos compartidos.

☐ Revise los cambios en la Lista de Medicamentos 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.

☐ Pregúntese si está conforme con nuestro plan.

2. Compare: Obtenga información sobre otras opciones de planes

☐ Revise qué coberturas y qué costos existen en el área donde usted vive. Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web es.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que aparece al final del manual Medicare y Usted 2023.

☐ Una vez que se decida por un plan, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. Elija: Usted decide si se cambia de plan

- Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2022, usted será inscrito en AARP® MedicareRx Walgreens (PDP).
- Si desea cambiarse a **otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023**. Esto terminará su inscripción en AARP® MedicareRx Walgreens (PDP).

Recursos Adicionales

- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
- UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. También puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-870-3470 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as letters in other languages, braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Costumer Services number at 1-866-870-3470 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 24 hours a day, 7 days a week.

Acerca de AARP® MedicareRx Walgreens (PDP)

- Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. UnitedHealthcare Insurance Company paga regalías a AARP por el uso de su propiedad intelectual. Las regalías se utilizan para propósitos generales de AARP. AARP y sus compañías afiliadas no son compañías de seguros. No es necesario que sea miembro de AARP para inscribirse. AARP no hace recomendaciones de farmacias ni de productos específicos en forma individual y le sugiere que evalúe sus necesidades a la hora de elegir productos. UnitedHealthcare tiene un contrato directo con Walgreens para este plan; AARP y sus compañías afiliadas no participan en esa relación contractual.

- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, "nos", “para nosotros”, “nuestro" o "nuestra” en este documento, se refieren a UnitedHealthcare Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a AARP® MedicareRx Walgreens (PDP).

Aviso Anual de Cambios para el año 2023
Índice

Resumen de costos importantes para el año 2023.....7

Sección 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año..... 9

Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual..... 9

Sección 1.2: Cambios en la Red de Farmacias..... 9

Sección 1.3: Cambios en la Cobertura de Medicamentos con Receta de la Parte D 9

Sección 2 Cómo Decidir Qué Plan Elegir.....13

Sección 2.1: Si Desea Seguir en AARP® MedicareRx Walgreens (PDP)..... 13

Sección 2.2: Si Decide Cambiar de Plan..... 13

Sección 3 Plazo para Cambiar de Plan..... 15

Sección 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare..... 15

Sección 5 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta.....15

Sección 6 ¿Tiene preguntas?..... 16

Sección 6.1: Cómo Obtener Ayuda de AARP® MedicareRx Walgreens (PDP)..... 16

Sección 6.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare..... 17

Resumen de costos importantes para el año 2023

La siguiente tabla compara, en varias áreas importantes, los costos del año 2022 con los costos del año 2023 del plan AARP® MedicareRx Walgreens (PDP). **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los costos.**

Costos	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima Mensual del Plan* *Es posible que la prima sea mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la Sección 1.1 para obtener información detallada.)	$29.30	$28.20
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.3 para obtener más información).	Deducible: $0 por los medicamentos del Nivel 1 $310 por los medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial: □ Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en farmacia minorista preferida (dentro de la red) $0 de copago □ Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en farmacia minorista	Deducible: $0 por los medicamentos del Nivel 1 $350 por los medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial: □ Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en farmacia minorista preferida (dentro de la red) $1 de copago □ Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en farmacia minorista

Costos	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	preferida (dentro de la red) $10 de copago □ Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en farmacia minorista preferida (dentro de la red) $40 de copago □ Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacia minorista preferida (dentro de la red) 40% del costo total □ Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) 27% del costo total	preferida (dentro de la red) $10 de copago □ Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en farmacia minorista preferida (dentro de la red) $40 de copago □ Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) 45% del costo total □ Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacia minorista preferida (dentro de la red) 27% del costo total

Sección 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual

Costos	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima Mensual (Usted también debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid.)	**$29.30**	**$28.20**

- La prima mensual del plan será mayor si usted tiene la obligación de pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D. La multa se aplica por estar (por 63 días o más) sin una cobertura de medicamentos que pague, como mínimo, tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare (a esta cobertura se le llama “cobertura acreditable”).
- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- La prima mensual del plan será menor si recibe el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la Sección 5 con respecto al programa “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en la Red de Farmacias

Encontrará un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en **myAARPMedicare.com**. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de las farmacias o para pedir que se le envíe por correo un Directorio de Farmacias.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias 2023 para saber qué farmacias son parte de nuestra red**.

Tenga en cuenta que podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio a mediados del año en nuestras farmacias le afecta a usted, comuníquese con Servicio al Cliente para que podamos ayudarle.

Sección 1.3 Cambios en la Cobertura de Medicamentos con Receta de la Parte D

Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos”. **Para obtener la Lista de Medicamentos completa,** llame a Servicio al Cliente (consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web (**myAARPMedicare.com**).

En nuestra Lista de Medicamentos realizamos cambios, incluso cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para saber si tendrán alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que durante el año hagamos otros cambios que son permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar inmediatamente los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos considere peligrosos o los que el fabricante del producto retire del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet para proporcionar la lista de medicamentos más reciente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 7 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, entre ellas, cómo solicitar un suministro temporal, cómo solicitar una excepción o cómo encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

Cambios en los Costos de los Medicamentos con Receta

Nota: Si usted recibe el programa "Ayuda Adicional" que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un documento aparte, titulado "Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta" (también se le llama "Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos" o "Cláusula Adicional LIS"), con información sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe el programa "Ayuda Adicional", recibirá la "Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos". Si no la recibe, llame a Servicio al Cliente y solicite la "Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos".

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos".

Enseguida se indican los cambios que tendrán el próximo año las dos primeras etapas – la Etapa del Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas – la Etapa Sin Cobertura y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.)

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si usted no ha pagado su deducible de la Parte D. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por la Insulina - Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independiente del nivel de costo compartido en que se encuentre, incluso si usted no ha pagado su deducible de la Parte D.

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2022 (año actual)	2023 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del Deducible Anual (Parte D) Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.	El deducible es de $310. En esta etapa, usted paga $15 por los medicamentos del Nivel 1 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red) y $0 por los medicamentos del Nivel 1 (suministro de 30 días en una farmacia minorista preferida dentro de la red), y el costo total de los medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual.	El deducible es de $350. Durante esta etapa, usted paga $16 por los medicamentos del Nivel 1 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red) y $1 por los medicamentos del Nivel 1 (suministro de 30 días en una farmacia minorista preferida dentro de la red), usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.

Cambios en su Costo Compartido Durante la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2022 (año actual)	2023 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial Una vez que haya pagado el deducible anual, usted pasará a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.** Los costos indicados en este renglón corresponden al suministro de un mes (30 días) si surte su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los	Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red: **Nivel 1 - Genéricos Preferidos:** Costo compartido estándar: Usted paga $15 por cada medicamento con receta. Costo compartido preferido: Usted paga $0 por cada	Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red: **Nivel 1 - Genéricos Preferidos:** Costo compartido estándar: Usted paga $16 por cada medicamento con receta. Costo compartido preferido: Usted paga $1 por cada

Etapa	2022 (año actual)	2023 (próximo año)
costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de su **Evidencia de Cobertura**. Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos están en otro nivel, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	medicamento con receta. **Nivel 2 - Genéricos:** Costo compartido estándar: Usted paga $20 por cada medicamento con receta. Costo compartido preferido: Usted paga $10 por cada medicamento con receta. **Nivel 3 - De Marca Preferidos:** Costo compartido estándar: Usted paga $45 por cada medicamento con receta. Costo compartido preferido: Usted paga $40 por cada medicamento con receta. **Nivel 4 - Medicamentos No Preferidos:** Costo compartido estándar: Usted paga 45% del costo total. Costo compartido preferido: Usted paga 40% del costo total. **Nivel 5 - De Especialidad:** Costo compartido estándar:	medicamento con receta. **Nivel 2 - Genéricos:** Costo compartido estándar: Usted paga $20 por cada medicamento con receta. Costo compartido preferido: Usted paga $10 por cada medicamento con receta. **Nivel 3 - De Marca Preferidos:** Costo compartido estándar: Usted paga $45 por cada medicamento con receta. Costo compartido preferido: Usted paga $40 por cada medicamento con receta. **Nivel 4 - Medicamentos No Preferidos:** Costo compartido estándar: Usted paga 50% del costo total. Costo compartido preferido: Usted paga 45% del costo total.

Etapa	2022 (año actual)	2023 (próximo año)
	Usted paga 27% del costo total. Costo compartido preferido: Usted paga 27% del costo total. Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado $4,430, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).	**Nivel 5 - De Especialidad:** Costo compartido estándar: Usted paga 27% del costo total. Costo compartido preferido: Usted paga 27% del costo total. Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado $4,660, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).

Sección 2 Cómo Decidir Qué Plan Elegir

Sección 2.1 Si Desea Seguir en AARP® MedicareRx Walgreens (PDP)

Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en nuestro plan AARP® MedicareRx Walgreens (PDP).

Sección 2.2 Si Decide Cambiar de Plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si decide cambiar de plan para el año 2023, siga estos pasos:

Paso 1: Sepa con qué opciones cuenta y compárelas

- Usted puede inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare,
- **– O –** Puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D,

- **– O –** Puede mantener la cobertura de salud que tiene actualmente de Medicare y cancelar su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Si desea más información sobre Medicare Original y los distintos planes de Medicare, use el Buscador de Planes de Medicare (es.medicare.gov/plan-compare), lea **el manual Medicare y Usted 2023**, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Le **recordamos** que UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas ofrecen otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Es posible que haya diferencias en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos de esos otros planes.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de medicamentos con receta de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en AARP® MedicareRx Walgreens (PDP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Según sea el tipo de plan que usted elija, es posible que su inscripción en AARP® MedicareRx Walgreens (PDP) se cancele automáticamente.
  - Su inscripción en AARP® MedicareRx Walgreens (PDP) se cancelará automáticamente si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Además, su inscripción se cancelará automáticamente si se inscribe en un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare o en un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Medicare, aunque el plan no incluya cobertura de medicamentos con receta.
  - Si elige un plan Privado de Tarifa por Servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare o un Plan de Costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener AARP® MedicareRx Walgreens (PDP) para su cobertura de medicamentos. La inscripción en uno de esos planes no cancelará automáticamente su inscripción en AARP® MedicareRx Walgreens (PDP). Si se inscribe en ese otro plan y desea dejar nuestro plan, debe solicitar que se cancele su inscripción en AARP® MedicareRx Walgreens (PDP). Para solicitar que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o comunicarse con Medicare 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).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta,** usted debe:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelar su inscripción en Internet. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - **– o –** Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 3 Plazo para Cambiar de Plan

Si el próximo año desea cambiarse a otro plan de medicamentos con receta o a un plan de salud de Medicare, podrá hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2023.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, se permite hacer cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, las personas que reciben el programa “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen cobertura de parte de su empleador o que dejarán de tenerla y, también, las personas que se mudan fuera del área de servicio.

Si recientemente se mudó a una institución, vive actualmente o acaba de mudarse fuera de ella (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), usted puede cambiar su cobertura de Medicare en cualquier momento. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Sección 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En New Jersey, el programa SHIP se llama New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratuito** sobre el seguro de salud a las personas inscritas en Medicare. Los asesores de New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP) pueden ayudarle a responder sus preguntas o resolver problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP) al 1-800-792-8820.

Sección 5 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, se indican distintos tipos de ayuda:

- **Programa “Ayuda Adicional” de Medicare**. Las personas que tienen ingresos limitados pueden calificar para el programa “Ayuda Adicional” que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales, los deducibles anuales y los coseguros de su plan de medicamentos con receta. Además, aquellos que califican no pasarán por la Etapa Sin Cobertura ni tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, 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;
  - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. El sistema de mensajes automatizados está disponible las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
  - A la Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia del programa estatal de ayuda para medicamentos de su estado.** New Jersey tiene un programa llamado New Jersey Pharmaceutical Assistance To The Aged & Disabled (PAAD) que ayuda a pagar los medicamentos con receta según las necesidades financieras, la edad o la condición médica de la persona. Para obtener más información sobre el programa, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
- **Ayuda con el Costo Compartido de los Medicamentos con Receta de las Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos del programa ADAP y que viven con el VIH o sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el estado y de no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través del programa ADAP de su estado. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado. La información para comunicarse con el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado se encuentra en el Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 Cómo Obtener Ayuda de AARP® MedicareRx Walgreens (PDP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-870-3470. (Los usuarios de TTY, exclusivamente, deben llamar al 711.) Atendemos las llamadas telefónicas durante este horario: 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su Evidencia de Cobertura 2023 (contiene información detallada de los costos y

beneficios para el próximo año)

Este **Aviso Anual de Cambios** contiene un resumen de los cambios a los costos y beneficios para el año 2023. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura** 2023 de AARP® MedicareRx Walgreens (PDP). La **Evidencia de Cobertura** es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Encontrará una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en **myAARPMedicare.com**. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en **myAARPMedicare.com**. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de farmacias (Directorio de Farmacias) y de nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).

Sección 6.2 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 (es.medicare.gov). En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y la calidad mediante las Calificaciones con Estrellas para que pueda comparar los planes de medicamentos con receta de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite es.medicare.gov/plan-compare.

Lea Medicare y Usted 2023

Lea el manual Medicare y Usted 2023. Es una publicación que se envía por correo cada otoño a las personas inscritas en Medicare. Incluye un resumen de beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (https://es.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-S-medicare-and-you.pdf) o llame 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.

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, please call us using the toll-free number on your member identification card. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费口译服务，解答您对我们的健康或药物计划的任何疑问。如需寻找一名口译员，请使用您的会员身份证上的免费电话号码联系我们。一名与您讲相同语言的人可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡上的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numero sa iyong kard ng pagkakakilanlan ng kasapi. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyong ito ay libre.

French: Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre. Quelqu'un parlant votre langue peut vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình sức khoẻ hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí trên thẻ nhận dạng thành viên của bạn. Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Wir verfügen über kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie über unseren Gesundheits- oder Medikamentenplan haben mögen. Um einen Dolmetscher zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter der kostenfreien Nummer auf Ihrem Mitgliedsausweis an. Jemand, der Ihre Sprache spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.

Korean: 건강 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 이용하려면, 가입자 ID 카드에 있는 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오. 한국어를 사용하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

Russian: Если у Вас возникнут какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане по приобретению препаратов, мы предоставим Вам бесплатные услуги устного перевода. Для того чтобы воспользоваться услугами устного перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по бесплатному номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карте участника плана. Сотрудник, который говорит на Вашем языке, сможет Вам помочь. Данная услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على مترجم، اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني على بطاقة تعريف عضويتك. سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर टोल-फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Mettiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avvalersi di un interprete, si prega di chiamare il numero verde riportato sulla tessera identificativa. Una persona che parla italiano potrà fornire l'assistenza richiesta. Il servizio è gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito no seu cartão de identificação de membro. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo apèl gratis ki sou kat idantifikasyon kòm manm ou an. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej członka planu. Osoba posługująca się Pana/Pani językiem Panu/Pani pomoże. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 当社の医療または処方薬プランに関する質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳が必要な場合には、会員IDカードに記載されているフリーダイヤル番号を使用して、当社までお問い合わせください。お客様の言語を話す通訳者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

Para obtener más información, llame a servicio al cliente al:

AARP® MedicareRx Walgreens (PDP) Servicio al Cliente:

Llame al **1-866-870-3470**

Las llamadas a este número son gratis 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY **711**

Las llamadas a este número son gratis 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Escriba a **P.O. Box 30770**
Salt Lake City, UT 84130-0770

myAARPMedicare.com