



## | Essential Plan |

**Mutual of Omaha Rx (PDP), ofrecido por Omaha Health Insurance Company  
(en California, ofrecido por Omaha Life and Health Insurance Company)**

# Aviso Anual de Cambios para 2024

Actualmente, usted se encuentra inscrito como miembro de **Mutual of Omaha Rx<sup>SM</sup>** (PDP) Essential Plan. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para ver un Resumen de Costos Importantes, incluida la prima.**

En este documento se informan los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [mutualofomaharx.com/2024documents](https://mutualofomaharx.com/2024documents). (También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*).

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

---

## ¿Qué debe hacer ahora?

### 1. PREGUNTE: ¿Qué cambios le corresponden?

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos y los costos de autorización
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la “Lista de Medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que usa actualmente sigan estando cubiertos.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

## 2. COMPARE: Obtenga más información sobre otras opciones de planes

- Consulte las coberturas y los costos de planes en su área. Utilice el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista que figura en el reverso de su guía *Medicare y Usted de 2024*.
- Una vez que elija un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

## 3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en Mutual of Omaha Rx Essential Plan.
- Para cambiarse a **otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en Mutual of Omaha Rx Essential Plan.

## Recursos Adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español y samoano hawaiano.
- Comuníquese con Servicio al Cliente al número **1.855.864.6797** para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**). El horario de atención es durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en braille, en letra grande y en otros formatos para personas con discapacidades. Comuníquese con Servicio al Cliente a los números mencionados anteriormente si necesita información del plan en otro formato.

## Acerca de Mutual of Omaha Rx

- Mutual of Omaha Rx (PDP) es un plan de medicamentos recetados que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan de Mutual of Omaha Rx depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a/os/as”, hace referencia a Omaha Health Insurance Company (Omaha Life and Health Insurance Company, en California). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Mutual of Omaha Rx.

## ***Aviso Anual de Cambios para 2024***

### **Índice**

<b>Resumen de Costos Importantes para 2024 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año .....</b>	<b>6</b>
Sección 1.1 – Cambios en la Prima Mensual .....	6
Sección 1.2 – Cambios en la Red de Farmacias.....	6
Sección 1.3 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D .....	7
<b>SECCIÓN 2 Cómo Decidir Qué Plan Elegir .....</b>	<b>11</b>
Sección 2.1 – Si Desea Permanecer en Mutual of Omaha Rx Essential Plan .....	11
Sección 2.2 – Si Desea Cambiar de Plan .....	11
<b>SECCIÓN 3 Fecha Límite para el Cambio de Plan .....</b>	<b>12</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare. 12</b>	
<b>SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar sus Medicamentos Recetados ....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene Alguna Pregunta? .....</b>	<b>13</b>
Sección 6.1 – Cómo Obtener Ayuda de Mutual of Omaha Rx Essential Plan.....	13
Sección 6.2 – Cómo Obtener Ayuda de Medicare .....	14

## Resumen de Costos Importantes para 2024

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2023 y 2024 de Mutual of Omaha Rx Essential Plan en distintas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$18.30	\$24.10
*Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la <b>Sección 1.1</b> para obtener más información.		
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la <b>Sección 1.3</b> para obtener información).	Deducible: \$0 para los medicamentos del Nivel 1; y \$505 para todos los demás medicamentos, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	Deducible: \$0 para los medicamentos del Nivel 1; y \$545 para todos los demás medicamentos, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
	<b>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</b>	<b>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</b>
	<b>Nivel de Medicamento 1 Medicamentos Genéricos Preferidos:</b>	<b>Nivel de Medicamento 1 Medicamentos Genéricos Preferidos:</b>
	<i>Costo compartido estándar:</i> \$15 por receta	<i>Costo compartido estándar:</i> \$15 por receta
	<i>Costo compartido preferido:</i> \$0 por receta	<i>Costo compartido preferido:</i> \$0 por receta
	<b>Nivel de Medicamento 2 Medicamentos Genéricos:</b>	<b>Nivel de Medicamento 2 Medicamentos Genéricos:</b>
	<i>Costo compartido estándar:</i> \$20 por receta	<i>Costo compartido estándar:</i> \$20 por receta
	<i>Costo compartido preferido:</i> \$15 por receta	<i>Costo compartido preferido:</i> \$15 por receta
		(sigue al dorso)

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p><b>Nivel de Medicamento 3 Medicamentos de Marca Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> el 22% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> el 20% del costo total</p> <p>Usted no paga más de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p><b>Nivel de Medicamento 3 Medicamentos de Marca Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> el 22% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> el 20% del costo total</p> <p>Usted no paga más de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p><b>Nivel de Medicamento 4 Medicamentos No Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> el 50% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> el 48% del costo total</p>	<p><b>Nivel de Medicamento 4 Medicamentos No Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> el 50% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> el 48% del costo total</p>
	<p><b>Nivel de Medicamento 5 Medicamentos Especializados:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> el 25% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> el 25% del costo total</p>	<p><b>Nivel de Medicamento 5 Medicamentos Especializados:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> el 25% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> el 25% del costo total</p>
	<p><b>Catastrophic Coverage:</b></p> <p>Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</p> <p>Por cada medicamento recetado, usted paga el monto que sea mayor: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (denominado <b>coseguro</b>) o un copago (\$4.15 por cada medicamento genérico o considerado genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos).</p>	<p><b>Catastrophic Coverage:</b></p> <p>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>

## SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

### Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$18.30	\$24.10

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía de por vida en la Parte D por haber pasado 63 días o más sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada cobertura acreditable).
- Si tiene un mayor ingreso, podría tener la obligación de pagar un monto mensual adicional directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Extra” para los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la **Sección 5** sobre la “Ayuda Extra” de Medicare.

### Sección 1.2: Cambios en la Red de Farmacias

Es posible que los montos que paga por sus medicamentos recetados dependan de su farmacia. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, las recetas están cubiertas *únicamente* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que le ofrece un costo compartido menor al costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red, para algunos medicamentos.

El próximo año, habrá cambios en nuestra red de farmacias. Encontrará un directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web, [mutualofomaharx.com/network](http://mutualofomaharx.com/network). También puede llamar a Servicio al Cliente para recibir información actualizada de proveedores o solicitar que le enviemos por correo electrónico un *Directorio de Farmacias*. **Revise el Directorio de Farmacias para 2024 para saber qué farmacias están en su red.**

Es importante que sepa que es posible que hagamos cambios en las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicio al Cliente para que podamos ayudarlo.

---

## Sección 1.3: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

---

### Cambios en Nuestra “Lista de Medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Se le brindará una copia de la “Lista de Medicamentos” digitalmente.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la “Lista de Medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de Medicamentos” son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios que estén permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) considera inseguros o que el fabricante del producto retiró del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de Medicamentos” en línea para brindarles la lista de medicamentos más actualizada.

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

### Cambios en los Costos de los Medicamentos Recetados

**Nota:** Si se encuentra en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Extra”), es posible que la información acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted. Hemos incluido un anexo por separado, denominado “Anexo de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Extra para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también denominado “Anexo sobre el Subsidio por Bajos Ingresos” o “Anexo LIS”), en el cual se le informa sobre los costos de los medicamentos. Si recibe Ayuda Extra y no recibió el anexo en este paquete, llame al Servicio al Cliente y solicite el Anexo LIS.

Existen cuatro **etapas de pago de medicamentos**. En la siguiente información se muestran los cambios que se implementarán en las primeras dos 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 de Falta de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica).

## Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa del Deducible Anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de los medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster y el tétanos y las vacunas necesarias para viajes.</p>	<p>El deducible es \$0 para medicamentos de Nivel 1 y \$505 para todos los demás medicamentos, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 por los medicamentos de Nivel 1; y \$505 por todos los demás medicamentos, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$0 para medicamentos de Nivel 1 y \$545 para todos los demás medicamentos, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 por los medicamentos de Nivel 1; y \$545 por todos los demás medicamentos, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>



### Cambios en los Costos Compartidos para la Etapa de Cobertura Inicial

Consulte el siguiente cuadro para conocer los cambios de 2023 a 2024.

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b> Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo que le corresponde por sus medicamentos, y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días), cuando usted surte la receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo, consulte el <b>Capítulo 4, Sección 5</b> de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel para algunos medicamentos de la “Lista de Medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la “Lista de Medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel de Medicamento 1 Medicamentos Genéricos Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$15 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel de Medicamento 2 Medicamentos Genéricos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$15 por receta.</p> <p><b>Nivel de Medicamento 3 Medicamentos de Marca Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 22% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted no paga más de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel de Medicamento 1 Medicamentos Genéricos Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$15 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel de Medicamento 2 Medicamentos Genéricos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$15 por receta.</p> <p><b>Nivel de Medicamento 3 Medicamentos de Marca Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 22% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted no paga más de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

(sigue al dorso)

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)</b>	<b>Nivel de Medicamento 4 Medicamentos No Preferidos:</b>	<b>Nivel de Medicamento 4 Medicamentos No Preferidos:</b>
	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 50% del costo total.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 50% del costo total.
	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 48% del costo total.	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 48% del costo total.
	<b>Nivel de Medicamento 5 Medicamentos Especializados:</b>	<b>Nivel de Medicamento 5 Medicamentos Especializados:</b>
	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25% del costo total.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25% del costo total.
	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25% del costo total.	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25% del costo total.
<hr/> Cuando los costos totales de sus medicamentos lleguen a \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Falta de Cobertura).	<hr/> Cuando los costos totales de sus medicamentos lleguen a \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Falta de Cobertura).	

**Cambios en la Etapa de Falta de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica**

Las otras dos etapas de cobertura, la Etapa de Falta de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica, se aplican a personas que usan medicamentos con costos elevados. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de Falta de Cobertura o a la Etapa de Cobertura Catastrófica.**

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

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el **Capítulo 4, Secciones 6 y 7** en su *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cómo Decidir Qué Plan Elegir

### Sección 2.1: Si Desea Permanecer en Mutual of Omaha Rx Essential Plan

Si desea quedarse en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre, automáticamente lo inscribiremos en nuestro Mutual of Omaha Rx Essential Plan.

### Sección 2.2: Si Desea Cambiar de Plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea realizar un cambio para el año 2024, siga estos pasos:

#### **Paso 1: Conozca y compare sus opciones**

- Puede inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare,
- *O BIEN*, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D,
- *O BIEN*, puede mantener su cobertura médica de Medicare actual y cancelar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, puede utilizar el Buscador de Planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), leer la guía Medicare y Usted de 2024, llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte la **Sección 4**) o llamar a Medicare (consulte la **Sección 6.2**). Recuerde que Mutual of Omaha Rx ofrece otros planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costo compartido.

#### **Paso 2: Cambie su cobertura**

- Para **cambiarse a otro plan de medicamentos recetados de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Mutual of Omaha Rx Essential Plan se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Según el tipo de plan que haya elegido, su inscripción en Mutual of Omaha Rx Essential Plan podría cancelarse automáticamente.
  - Su inscripción en Mutual of Omaha Rx Essential Plan se cancelará automáticamente si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. También se cancelará automáticamente su inscripción si se une a Medicare HMO o Medicare PPO, incluso si ese plan no incluye la cobertura de medicamentos recetados.
  - Si elige un Private Fee-for-Service plan sin la cobertura de medicamentos de la Parte D, un Medicare Medical Savings Account Plan o un Medicare Cost Plan, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Mutual of Omaha Rx Essential Plan para su cobertura de medicamentos. Inscribirse en uno de estos tipos de planes no cancela automáticamente su inscripción en Mutual of Omaha Rx Essential Plan. Si se inscribe en este tipo de planes y quiere abandonar nuestro

plan, debe solicitar la cancelación de su inscripción en Mutual of Omaha Rx Essential Plan. Para cancelar su inscripción, debe enviar 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 Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - *O bien*, comuníquese con **Medicare** llamando al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048.

### SECCIÓN 3 Fecha Límite para el Cambio de Plan

Si quiere cambiarse a otro plan de medicamentos recetados o a un plan de salud de Medicare para el próximo año, puede hacerlo entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2024.

#### ¿Puedo hacer un cambio en otro momento del año?

En algunos casos, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos son las personas que tienen Medicaid, quienes reciben “Ayuda Extra” para pagar sus medicamentos, quienes dejaron o dejarán de tener cobertura del empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

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

### SECCIÓN 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. Puede encontrar el nombre del SHIP de su estado en el **Apéndice** de la *Evidencia de Cobertura*.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros de salud en su localidad a las personas con Medicare. Los asesores del SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede comunicarse con el SHIP de su estado llamando a los números de teléfono que figuran en el listado de contactos del SHIP, en el **Apéndice** de la *Evidencia de Cobertura*.

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

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, mencionamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Extra” de Medicare.** Las personas que tienen ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Extra” para el pago de los costos de medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta un 75% o más del costo de sus medicamentos, lo que incluye las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán Falta de Cobertura ni 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 lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.325.0778; o bien
  - A la Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** El Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica ayuda a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud.
- **Asistencia con el Costo Compartido de Medicamentos Recetados para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir determinados criterios, que incluyen evidencia de que residen en el Estado y estadio de VIH, tener bajos ingresos, de acuerdo con lo definido por el Estado y ser personas no aseguradas o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también tienen cobertura del ADAP califican para recibir asistencia con el costo compartido de los medicamentos a través del ADAP en su estado. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el ADAP de su estado llamando a los números que figuran en el listado de contactos de ADAP, en el **Apéndice** de la *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 6 ¿Tiene Alguna Pregunta?

### Sección 6.1: Cómo Obtener Ayuda de Mutual of Omaha Rx Essential

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al **1.855.864.6797**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**.) Estamos disponibles para recibir llamadas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea la *Evidencia de Cobertura* para 2024 (tiene información detallada sobre los beneficios y los costos para el próximo año)**

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2024 de Mutual of Omaha Rx. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener

servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede obtener un ejemplar de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, [mutualofomaharx.com/2024documents](https://mutualofomaharx.com/2024documents). También puede llamar al Servicio al Cliente para pedirnos que enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

### Visite nuestro Sitio Web

También puede visitar nuestro sitio web, [mutualofomaharx.com](https://mutualofomaharx.com). Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de farmacias (*Directorio de Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario/“Lista de Medicamentos”)*.

---

## 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 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Allí encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de medicamentos recetados de Medicare en su área. Para ver información sobre los planes, vaya a [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### Lea *Medicare y Usted de 2024*

Lea la guía *Medicare y Usted de 2024*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1.855.864.6797** (TTY: **1.800.716.3231**).

Express Scripts es el administrador de beneficios de farmacia para Mutual of Omaha Rx y brindará algunos servicios en nombre de Mutual of Omaha Rx.

La red de farmacias de Mutual of Omaha Rx ofrece acceso limitado a farmacias con costos compartidos preferidos en áreas urbanas en Arkansas. Los costos más bajos publicitados en los materiales de nuestros planes para estas farmacias podrían no estar disponibles en su farmacia. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de la red, incluso los datos sobre alguna farmacia preferida con costos más bajos en su área, llame a Servicio al Cliente al **1.855.864.6797**; TTY: **1.800.716.3231**, o consulte el directorio de farmacias en línea en [mutualofomaharx.com/network](https://mutualofomaharx.com/network).