ATRIO™
HEALTH PLANS

2027
Aviso anual de cambios

Condados de Clackamas, Lane, Multnomah, Washington, y Yamhill, Oregón

ATRIO Choice Rx (PPO)

H7006-018

ATRIO Choice Rx (PPO) es ofrecido por ATRIO Health Plans

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de ATRIO Choice Rx (PPO).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2026, permanecerá inscrito en ATRIO Choice Rx (PPO).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o revise la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y normas en la *Evidencia de Cobertura*.

Más recursos

- Este material está disponible en forma gratuita en español.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Horario de atención: todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en letra grande.

Acerca de ATRIO Choice Rx (PPO)

- ATRIO Health Plans son planes PPO, PPO C-SNP y HMO D-SNP con contratos con Medicare y Oregon Health Plan, cuya inscripción depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a ATRIO Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ATRIO Choice Rx (PPO).
- **Si no hace nada a más tardar el 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en ATRIO Choice Rx (PPO)**. A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de ATRIO Choice Rx (PPO). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

H7006_018_ANOC_2027_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2027 3

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 7

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 7

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 7

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 8

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 9

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 9

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D 16

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta 17

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 20

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 20

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan 21

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? 21

SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta 22

SECCIÓN 5 ¿Preguntas? 23

Cómo recibir ayuda de ATRIO Choice Rx (PPO) 23

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 24

Cómo recibir ayuda de Medicare **24**

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	$0	**$0**
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que usted pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	De proveedores de la red: $5,500 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: $5,500	**De proveedores de la red: $5,900** **De proveedores de la red y fuera de la red combinados: $5,900**
Consultas de atención primaria en el consultorio	**Dentro de la red:** $0 de copago por consulta **Fuera de la red:** $50 de copago por consulta	**Dentro de la red: $0 de copago por consulta** **Fuera de la red: $50 de copago por consulta**
Consultas en el consultorio de un especialista	**Dentro de la red:** $35 de copago por consulta **Fuera de la red:** $35 de copago por consulta	**Dentro de la red: $45 de copago por consulta** **Fuera de la red: $45 de copago por consulta**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Hospitalización Incluye varios tipos de hospitalizaciones para pacientes internados, como cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización para pacientes internados empieza el día en que lo ingresan formalmente con una orden del médico y termina el día anterior a cuando lo den de alta.	**Dentro de la red:** $450 de copago cada día por los días 1 al 4 y $0 de copago cada día por los días 5 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare. $0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare. **Fuera de la red:** Usted paga $450 de copago cada día por los días 1 al 4 y $0 de copago cada día por los días 5 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.	**Dentro de la red:** **$585 de copago cada día por los días 1 al 4 y $0 de copago cada día por los días 5 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.** **$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare.** **Fuera de la red:** **$585 de copago cada día por los días 1 al 4 y $0 de copago cada día por los días 5 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.**
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles, incluidas la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D $400 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Usted paga el costo total de los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5. Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:	**Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D** **$400 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Usted pagará el costo total de los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.** **Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Medicamentos de Nivel 1: $0 de copago Medicamentos de Nivel 2: $0 de copago Medicamentos de Nivel 3: $47 de copago El máximo que usted pagará es $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 4: $100 de copago Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 5: 28% de coseguro Medicamentos de Nivel 6: $0 de copago	**Medicamentos de Nivel 1: $0 de copago** **Medicamentos de Nivel 2: $0 de copago** **Medicamentos de Nivel 3: $47 de copago** **El máximo que usted pagará es $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de Nivel 4: $100 de copago** **El máximo que usted pagará es $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de Nivel 5: 28% de coseguro** **Medicamentos de Nivel 6: $0 de copago**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.	**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	$0	**$0**

Factores que podrían modificar el monto de su prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía - Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener la Parte D u otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más elevados - Si posee ingresos más elevados, es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red **se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Los costos por medicamentos con receta **no se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo.	$5,500	**$5,900** **Una vez que haya pagado $5,900 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.**
Monto máximo que paga de su bolsillo combinado Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro y fuera de la red **se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. Sus costos de los medicamentos con receta para pacientes externos **no se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.	$5,500	**$5,900** **Una vez que haya pagado $5,900 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.**

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de Proveedores* de 2027 en el sitio web atriohp.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en atriohp.com.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarlo. Podría tener un período de inscripción especial si su proveedor deja la red del plan.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-672-8620) para que podamos ayudarlo.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Terapias alternativas (Servicios de acupuntura, quiropráctica y naturopatía) - Monto máximo del plan	$100 de asignación cada seis meses, cargados en su Tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.	**$50 de asignación cada seis meses, cargados en su Tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios dentales - Monto máximo del plan	$300 de asignación cada tres meses por todos los servicios cubiertos dentro y fuera de la red por todos los demás servicios dentales integrales y de prevención.	**$150 de asignación cada tres meses cargados en su Tarjeta Flex Card, por todos los demás servicios dentales integrales y de prevención. Se excluyen los procedimientos cosméticos.**
Capacitación para el autocontrol de la diabetes; servicios y suministros para pacientes diabéticos - Glucómetros - Costo compartido	**Dentro de la red** Los glucómetros no se ofrecen como un beneficio separado cubierto por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**
Capacitación para el autocontrol de la diabetes; servicios y suministros para pacientes diabéticos - Glucómetros - Costo compartido	**Fuera de la red** Los glucómetros no se ofrecen como un beneficio separado cubierto por Medicare.	**Fuera de la red** **Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**
Administración de las enfermedades mejorada - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $0 de copago.	**Dentro de la red** **Sin cobertura.**
Administración de las enfermedades mejorada - Costo compartido	**Fuera de la red** Usted paga $0 de copago.	**Fuera de la red** **Sin cobertura.**
Programa de acondicionamiento físico - Monto máximo del plan	$175 de asignación cada seis meses cargados en su Tarjeta Flex Card, para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico.	**$120 de asignación cada seis meses, disponibles a través de reembolso para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios auditivos - Exámenes auditivos adicionales de rutina - Costo compartido	**Fuera de la red** Usted paga 50% de coseguro.	**Fuera de la red** **Usted paga 80% de coseguro.**
Servicios auditivos - Evaluaciones para la adaptación de audífonos - Costo compartido	**Fuera de la red** Usted paga 50% de coseguro.	**Fuera de la red** **Usted paga 80% de coseguro.**
Servicios auditivos - Audífonos - Todos los tipos - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted tiene $1,500 de asignación cada año para audífonos.	**Dentro de la red** **Usted paga $699 - $999 de copago según el tipo.**
Servicios auditivos - Audífonos - Todos los tipos - Frecuencia	Sin límite de audífonos cada año.	**Se limita a 2 audífonos cada año.**
Servicios auditivos - Audífonos - Todos los tipos - Costo compartido	**Fuera de la red** Usted tiene $1,500 de asignación cada año para audífonos.	**Fuera de la red** **Usted paga 80% de coseguro.**
Atención hospitalaria para pacientes internados - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $450 de copago cada día por los días 1 al 4 y $0 de copago cada día por los días 5 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare. $0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare. Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $585 de copago cada día por los días 1 al 4 y $0 de copago cada día por los días 5 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.** **$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare.** **Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes internados - Costo compartido	**Fuera de la red** Usted paga $450 de copago cada día por los días 1 al 4 y $0 de copago cada día por los días 5 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.	**Fuera de la red** **Usted paga $585 de copago cada día por los días 1 al 4 y $0 de copago cada día por los días 5 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.**
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $450 de copago cada día por los días 1 al 4 y $0 de copago cada día por los días 5 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare. $0 de copago por 60 días adicionales de días de reserva de por vida. Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $585 de copago cada día por los días 1 al 4 y $0 de copago cada día por los días 5 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.** **$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.** **Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare.**
Servicios del programa de tratamiento para opioides - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos - Sesiones grupales - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $35 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $45 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare**.
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos - Sesiones individuales - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $35 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $45 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare**.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios psiquiátricos - Sesiones grupales - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $35 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $45 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare**.
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios psiquiátricos - Sesiones individuales - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $35 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $45 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare**.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos - Terapia ocupacional - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**
Servicios de rehabilitación para pacientes externos - Fisioterapia y patología del habla y del lenguaje - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $10 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**
Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos - Sesiones grupales - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $35 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $45 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare**.
Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos - Sesiones individuales - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $35 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $45 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare**.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Beneficio de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) - Monto máximo del plan	$50 de asignación cada tres meses para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC). Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente período.	**$30 de asignación cada tres meses para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC).** **Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente período.**
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - Servicios adicionales de telesalud - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $0 - $25 de copago según el servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $0 - $45 de copago por los servicios de un médico de atención primaria, los servicios de un especialista médico, las sesiones individuales para servicios especializados de salud mental, las sesiones individuales para servicios psiquiátricos.**
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - Especialista - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - Especialista - Costo compartido	**Fuera de la red** Usted paga $35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Fuera de la red** **Usted paga $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - Otros profesionales de la salud - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $0 - $35 de copago según el servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $0 - $45 de copago según el servicio cubierto por Medicare.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios de podiatría - Cubiertos por Medicare - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**
Servicios de rehabilitación pulmonar - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red** **Usted paga $20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas - Costo compartido	Nuestro plan ofrece servicios adicionales a los miembros que tienen enfermedades crónicas que reúnen los requisitos.	**Sin cobertura.**
Transporte (adicional de rutina) - Frecuencia	Traslado de rutina hasta un máximo de 12 viajes cada año. Se considera un viaje traslado de un tramo en taxi, camioneta, transporte médico, o servicios de transporte compartido a un establecimiento relacionado con la salud que esté aprobado por el plan.	**Sin cobertura.**
Atención de la vista - Examen de la vista de rutina - Costo compartido	**Fuera de la red** Usted paga 50% de coseguro.	**Fuera de la red** **Usted paga 80% de coseguro.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Monto máximo del plan	Sin cobertura.	**$150 de asignación cada año por todos los anteojos y lentes de contacto adicionales.**
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Lentes de contacto - Costo compartido	**Fuera de la red** Usted paga $0 de copago.	**Fuera de la red** **Usted paga 80% de coseguro.**
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Actualizaciones - Costo compartido	**Dentro de la red** Usted paga $0 de copago.	**Dentro de la red** **Sin cobertura.**
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Actualizaciones - Costo compartido	**Fuera de la red** Usted paga 50% de coseguro.	**Fuera de la red** **Sin cobertura.**

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en formato electrónico.

Hemos realizado 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 estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán

durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura para medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con la persona autorizada a dar recetas para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

A partir de 2027, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de marca o los productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos por nuevos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico original del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones o ambas cosas.

Por ejemplo: Si usted toma un medicamento de marca o un producto biológico que será sustituido por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio con 30 días de anticipación o antes de que usted reciba su suministro mensual de su medicamento de marca o producto biológico. Usted podría recibir información sobre el cambio específico después de que se haya hecho el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser nuevos para usted. Para obtener definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también brinda información al consumidor sobre los medicamentos. Visite el sitio web de la FDA: FDA.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o pedirle más información a su proveedor de atención médica, a la persona autorizada a dar recetas o a su farmacéutico.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

Etapas de pago de los medicamentos

Existen **3 etapas de pago de los medicamentos:** la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

  Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

  Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que sus costos que paga de su bolsillo del año hasta la fecha lleguen a $2,400.

- ***Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas***

  Esta es la tercera y última etapa de pago del medicamento. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por los medicamentos con receta durante esta etapa

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Deducible anual	$400 Durante esta etapa, usted paga $0 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, $0 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 2: medicamentos genéricos, y $0 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos y el costo total de los medicamentos del Nivel 3: medicamentos de marca preferida, Nivel 4: medicamentos no preferidos, y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.	**$400** **Durante esta etapa, usted paga $0 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos $0 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos $0 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos y el costo total de los medicamentos del Nivel 3: medicamentos de marca preferida, Nivel 4: medicamentos no preferidos, y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.**

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos por un suministro a largo plazo por medicamentos con receta para pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado $2,400 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Usted paga $0.	**Usted paga $0**.
Nivel 2: medicamentos genéricos	Usted paga $0.	**Usted paga $0**.
Nivel 3: medicamentos de marca preferida	Usted paga $47. El máximo que usted pagará es $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Usted paga $47**. **El máximo que usted pagará es $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Usted paga $100.	**Usted paga $100**. **El máximo que usted pagará es $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
Nivel 5: medicamentos especializados	Usted paga 28% del costo total.	**Usted paga 28% del costo total**.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos	Usted paga $0.	**Usted paga $0**.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Proveedor de servicios auditivos	El proveedor de exámenes auditivos y audífonos es Amplifon.	**El proveedor de exámenes auditivos y audífonos es TruHearing. Para acceder a beneficios dentro de la red y copagos usted debe acudir a un proveedor de la red de TruHearing.**
Programa de acondicionamiento físico	$175 de asignación cada seis meses cargados en su Tarjeta Flex Card, para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico.	**$120 de asignación cada seis meses, disponibles a través de reembolso para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico.**

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en ATRIO Choice Rx (PPO) no es necesario que haga nada. A menos que usted se inscriba en un tipo diferente de plan de salud de Medicare o se cambie a Original Medicare a más tardar el 7 de diciembre de 2026, se lo inscribirá automáticamente en nuestro ATRIO Choice Rx (PPO).

Si desea cambiarse de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en ATRIO Choice Rx (PPO). Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos con receta. También tenga en cuenta

que para muchos planes no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y al mismo tiempo comprar un plan de medicamentos con receta.

- **Para cambiar a Original Medicare con cobertura separada para medicamentos de Medicare,** usted puede inscribirse en un plan de la Parte D, y se cancelará automáticamente su inscripción en ATRIO Choice Rx (PPO).
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** usted puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You 2027* (*Medicare y Usted 2027*), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 4), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Le recordamos que ATRIO Health Plans ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden tener distinta cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios a su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027, y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla

- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura separada para medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
    - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
    - Al Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
    - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del CAREAssist Program. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al

1-971-673-0144. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **El Plan de pago de recetas de Medicare.** El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos para ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través del año calendario (enero – diciembre). Cualquier persona que cuente con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare que tenga cobertura para medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si usted está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027, usted no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

  La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Cómo recibir ayuda de ATRIO Choice Rx (PPO)

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

  Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* para 2027**

  Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2027 de ATRIO Choice Rx (PPO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en atriohp.com o llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite atriohp.com**

  Nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Oregon, el SHIP se denomina Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA).

Llame a Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguro médico. Puede ayudarlo a comprender sus opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) al 1-800-722-4134. Conozca más de Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) visitando https://shiba.oregon.gov/Pages/index.aspx.

Cómo recibir ayuda de Medicare

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

  Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chat en vivo con** Medicare.gov

  Puede chatear en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

  Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite** Medicare.gov

  El sitio oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)***

  El manual *Medicare & You 2027* se envía por correo cada otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y

las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.