MoreCare At Home (HMO SNP) ofrecido por MoreCare

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *MoreCare At Home.* El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.

- Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
- ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
- Consulte las Secciones *2.1* y *2.5* para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

☐ Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si se aplican a usted.

- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
- ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
- Revise la Lista de medicamentos para 2021 y consulte la Sección *2.6* para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices. Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

☐ Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
- ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
- Consulte la Sección *2.3* para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

☐ Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.

- ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
- ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

☐ Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

☐ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
- Consulte la Sección 3.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

☐ Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, permanecerá inscrito en *MoreCare At Home.*
- Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: para cambiar los planes, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, permanecerá inscrito en *MoreCare At Home*.

- *Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.*

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en *español.*
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al (844) 480-8528 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. CST, del 1 de abril al 30 de septiembre (los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo).
- Esta información puede estar disponible en otros formatos como braille, letra grande y audio. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información adicional.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de *MoreCare At Home*

- *MoreCare es una HMO con contrato con Medicare. La inscripción en MoreCare depende de la renovación del contrato.*
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *MoreCare.* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *MoreCare At Home.*

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para *MoreCare At Home* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en *mymorecare.com.* También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	*$0 por mes*	*$0 por mes*
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	*$6,700*	*$3,450*
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: *20% de coseguro* por consulta Consultas a especialistas: *20% de coseguro* por consulta	Consultas de atención primaria: *copago de $0* por consulta Consultas a especialistas: *20% de coseguro* por consulta

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	*Copago de $295 por día durante los días 1 a 6.* *No hay copago, coseguro ni deducible durante los días 7 a 90.*	*Copago de $295 por día durante los días 1 a 6.* *No hay copago, coseguro ni deducible durante los días 7 a 90.*
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener detalles).	Deducible: *$435* *Coseguro* durante la Etapa de cobertura inicial: • Todos los medicamentos cubiertos: *25% de coseguro*	Deducible: *$445* *Copago/Coseguro* durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: *copago de $3* • Medicamentos de Nivel 2: *copago de $18* • Medicamentos de Nivel 3: *copago de $45* • Medicamentos de Nivel 4: *40% de coseguro* • Medicamentos de Nivel 5: *25% de coseguro*

Aviso anual de cambios para 2021
Índice

Resumen de costos importantes para 2021 1

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *MoreCare At Home* en 2021 4

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 4

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual 4
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 4
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores 5
Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias 6
Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 6
Sección 2.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 9

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir 14

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en *MoreCare At Home* 14
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan 14

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan 15

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 15

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 16

SECCIÓN 7 Preguntas 17

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de *MoreCare At Home* 17
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 17

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *MoreCare At Home* en 2021

Si no ha hecho nada para cambiar su cobertura de Medicare hasta el 7 de diciembre de 2020, lo inscribiremos automáticamente en *MoreCare At Home.* Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2021, obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de *MoreCare At Home.* Si lo desea, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare distinto. También puede cambiarse a Original Medicare. Si desea cambiar de plan, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir Ayuda adicional, quizás pueda cambiarse de plan en otros momentos.

La información incluida en este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en *MoreCare At Home* y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2021 como miembro de *MoreCare At Home.*

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	*$0 por mes*	*Sin cambios*

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener 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.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 acerca de "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga "de su bolsillo" durante el año. Este límite se denomina el "monto máximo que paga de su bolsillo". Una

vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	*$6,700*	*$3,450* Una vez que haya pagado *$3,450* 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 durante el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web *mymorecare.com*, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2021 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red**.

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Sección 2.4 – 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.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web *mymorecare.com*, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios de apoyo al cuidador	No cubierto	No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de apoyo para cuidadores. Recursos telefónicos y basados en la web para reducir el estrés de las cargas relacionadas con el cuidado y mejorar la eficacia del cuidado de los seres queridos.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios dentales preventivos	Copago de $0 por un (1) examen bucal de rutina inicial o periódico cada seis (6) meses, incluidos el diagnóstico y los registro médicos. **Tratamiento con fluoruro** No cubierto	Copago de $0 por un (1) examen bucal de rutina inicial o periódico cada año, incluidos el diagnóstico y los registro médicos. **Tratamiento con fluoruro** Un (1) tratamiento cada seis (6) meses.
Servicios dentales integrales	**Empastes:** cubiertos una vez por diente por un período de 12 meses. **Coronas:** una (1) corona por diente por año calendario. **Dentaduras postizas y reparación de dentaduras postizas:** una (1) dentadura postiza cada cinco (5) años calendario, incluidos los servicios para ajustar o realinear las dentaduras postizas una (1) vez por año calendario.	**Empastes:** cubiertos hasta el máximo de beneficio dental anual. **Coronas:** cubierto hasta el máximo de beneficio dental anual. **Dentaduras postizas y reparación de dentaduras postizas:** cubierto hasta el máximo de beneficio dental anual.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos	20% de coseguro para las tiras reactivas de glucosa en sangre y los monitores de glucosa en sangre cubiertos por Abbott. 20% de coseguro para otros suministros para el autocontrol de la diabetes. Copago del 20% por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.	Copago de $0 por monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas de glucosa en sangre cubiertos por Abbott Freestyle. 35% de coseguro para otros suministros no preferidos para el autocontrol de la diabetes. Copago de $0 por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.
Atención de emergencia/post-estabilización	Copago de $90 por consulta. El copago por los servicios de atención de emergencia cubiertos no se renuncia si es admitido.	Copago de $120 por consulta. El copago por los servicios de atención de emergencia cubiertos **se renuncia** si ingresa dentro de los 3 días.
Servicios de audición	Asignación de $2,000 para audífonos cada dos (2) años en ambos oídos combinados.	Asignación de $2,000 para audífonos cada año en ambos oídos combinados.
Servicios del programa de tratamiento con opioides	20% de coseguro para programas de tratamiento con opioides.	No hay coseguro, copago ni deducible para los programas de tratamiento con opioides.
Servicios del médico/ doctor, incluidas las consultas al consultorio del médico	20% de coseguro por visitas a domicilio o al consultorio del médico.	Copago de $0 por visitas a domicilio o al consultorio del médico.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Cuidado preventivo de los pies (servicios de podiatría)	No cubierto	Copago de $0 por dos (2) consultas de rutina para el cuidado de los pies por año.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Copago de $178 por día durante los días 21 a 100.	Copago de $184 por día durante los días 21 a 100.
Transporte	Copago de $0 por hasta 36 viajes de ida a lugares aprobados por el plan cada año.	Copago de $0 por hasta 18 viajes de ida a lugares aprobados por el plan cada año.
Servicios de urgencia	Copago de $65 por cada visita a un centro de atención de urgencia.	Copago de $25 por cada visita a un centro de atención de urgencia.
Cuidado de la visión	Cobertura del plan de $300 para un (1) par de anteojos (montura y lentes) o lentes de contacto electivos cada dos (2) años.	Cobertura del plan de $300 para un (1) par de anteojos (montura y lentes) o lentes de contacto electivos cada año calendario.

Sección 2.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **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.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a que soliciten una excepción antes del próximo año.
    - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para los miembros.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Las aprobaciones actuales de excepciones al formulario se transferirán al próximo año, si corresponde.

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

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del *15 de* octubre, llame a Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web *mymorecare.com.* También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos de *Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5* hasta que alcance el deducible anual.	El deducible es de $*435*	El deducible es de $*445* Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de *$3* por los medicamentos de *Nivel 1* y el costo total de los medicamentos de *Nivel, 2, Nivel 3, Nivel 4* y *Nivel 5* hasta que alcance el deducible anual.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para medicamentos del *Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3*, su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial cambia de un coseguro a un copago. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2021 en relación con 2020.

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura	Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una	Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**. En 2020, usted pagó el 25% de coseguro por los medicamentos de *todos los niveles*. En 2021, usted pagará un copago de $3 por los medicamentos del Nivel 1. En 2021, usted pagará un copago de $18 por los medicamentos del Nivel 2. En 2021, usted pagará un copago de $45 por los medicamentos del Nivel 3.	farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares: ***Medicamentos de todos los niveles:*** Usted paga 25% del costo total.	farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares: ***Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:*** Usted paga $3 por medicamento con receta. ***Nivel 2 - Medicamentos genéricos no preferidos:*** Usted paga $18 por medicamento con receta. ***Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos:*** Usted paga $45 por medicamento con receta. ***Nivel 4 - Medicamentos de marca no preferidos:*** Usted paga 40% del costo total. ***Nivel 5 - Medicamentos especializados:*** Usted paga 25% del costo total.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación) Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (*30* días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*. **Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.**	_____ Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $*4,020,* pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	_____ Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $*4,130,* pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en *MoreCare At Home*

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en *MoreCare At Home.*

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2021, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *MoreCare At Home.*

- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *MoreCare At Home.*
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
    - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (en la Sección 7.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
    - *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

Illinois Senior Health Insurance Program es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del *Illinois Senior Health Insurance Program* pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder

preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con *Illinois Senior Health Insurance Program* llamando al (800) 252-8966. Para obtener más información sobre *Illinois Senior Health Insurance Program*, visite su sitio web *(https://www2.illinois.gov)*.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **"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 de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
    - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
    - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
    - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** *Illinois* cuenta con un programa denominado *Illinois State Pharmaceutical Assistance Programs* que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 5 de este folleto).
- **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. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de *Illinois Department of Public Health AIDS Drug Assistance Program.* Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a *Illinois Department of Public Health AIDS Drug Assistance Program* al (217) 782-4977.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de *MoreCare At Home*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al (844) 480-8528. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. CST, del 1 de octubre al 31 de marzo (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2021 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2021 para *MoreCare At Home.* La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en *mymorecare.com.* También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en *mymorecare.com.* Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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 deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo 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. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.