

MoreCare Home (HMO I-SNP)SM ofrecido por MoreCare, Inc.

Aviso anual de cambios para el 2022

Actualmente se encuentra inscrito como miembro de *MoreCare Home*. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto habla sobre los cambios.*

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. CONSULTE: qué cambios son aplicables para usted

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar ahora su cobertura para asegurarse que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Revise las secciones 2.1 y 2.5 para obtener información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- Revise en el folleto los cambios de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Se cubrirán sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con diferentes costos compartidos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, tales como la necesidad de nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo para usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos 2022 y revise la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico acerca de las alternativas de costos más bajos que pueden estar disponibles para usted; esto puede generarle ahorros en los costos anuales de bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace "dashboards" ubicado en el centro de la segunda nota hacia la parte inferior de la página. Estos paneles resaltan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información anual sobre precios de medicamentos. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto podrían cambiar los costos de su propio medicamento.

- Revise si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluidos especialistas que lo atienden regularmente, en nuestra red?
 - ¿Qué pasa con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Revise la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.
- Piense en sus costos de atención médica en general.
 - ¿Cuánto será su costo de bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa de manera regular?
 - ¿Cuánto gastará en sus primas y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Analice si está contento con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You para el 2022*.
 - Consulte la sección 3.2 para conocer más sobre sus opciones.
- 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 une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, estará inscrito en *MoreCare Home*.
- Para cambiarse a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiarse de plan o a Medicare original (con o sin un plan separado para medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Esta información está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al **(844) 480-8528** para obtener información adicional. (Los usuarios TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. (De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST del 1 de abril al 30 de septiembre). Las llamadas a estos números son gratis.

- Esta información puede estar disponible en otros formatos como braille, letra grande y audio. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- **La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA).** Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de *MoreCare Home*

- *MoreCare, Inc.* es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con contrato Medicare. La inscripción en *MoreCare, Inc.* depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto se usen las palabras "nosotros" o "nuestro", se refieren a *MoreCare, Inc.* Cuando se usen las palabras "plan" o "nuestro plan", se refieren al plan *MoreCare Home*.

Resumen de los costos importantes para el 2022

A continuación, en la tabla se comparan los costos del 2021 con los costos del 2022 para *MoreCare Home* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en mymorecare.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual de cobertura* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Monto máximo de costo de bolsillo Esto es lo <i>máximo</i> que pagará como costo de bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	\$3,450	\$3,450
Visitas al consultorio del médico	Consultas por atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas con un especialista: coseguro del 20% por consulta	Consultas por atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas con un especialista: coseguro del 20% por consulta

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Estadías de pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios críticos y de rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza desde que lo ingresan formalmente a un hospital con una orden médica. El día antes de que se le dé de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>\$295 de copago por cada día del día 1 al 6.</p> <p>\$0 de copago por cada día del día 7 al 90.</p>	<p>\$295 de copago por cada día del día 1 al 6.</p> <p>\$0 de copago por cada día del día 7 al 90.</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 2.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$365</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$3 de copago • Nivel de medicamentos 2: \$18 de copago • Nivel de medicamentos 3: \$45 de copago • Nivel de medicamentos 4: coseguro del 40% • Nivel de medicamentos 5: coseguro del 25% 	<p>Deducible: \$435 (<i>no es aplicable para el nivel 1</i>)</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$7 de copago • Nivel de medicamentos 2: \$17 de copago • Nivel de medicamentos 3: \$47 de copago • Nivel de medicamentos 4: coseguro del 50% • Nivel de medicamentos 5: coseguro del 25%

Aviso anual de cambios para el 2022

Índice

Resumen de los costos importantes para el 2022	1
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en <i>MoreCare Home</i> en el 2022.....	4
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	4
Sección 2.1. Cambios en la prima mensual	4
Sección 2.2. Cambios en su monto máximo de costo de bolsillo	5
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 de medicamentos recetados de la Parte D	8
SECCIÓN 3 Cambios administrativos.....	13
SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir.....	13
Sección 4.1. Si desea permanecer en <i>MoreCare Home</i>	13
Sección 4.2. Si desea cambiarse de plan.....	13
SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiarse de plan.....	14
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare.....	15
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	15
SECCIÓN 8 ¿Preguntas?	16
Sección 8.1. Obtener ayuda de <i>MoreCare Home</i>	16
Sección 8.2. Obtener ayuda de Medicare.....	17

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *MoreCare Home* en el 2022

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare hasta el 7 de diciembre de 2021, automáticamente le inscribiremos en nuestro *MoreCare Home*. Esto quiere decir que, a partir del 1 de enero de 2022, obtendrá cobertura médica y de medicamentos recetados a través de *MoreCare Home*. Para cambiarse a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiarse de plan o a Medicare original (con o sin un plan separado para medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

La información en este documento le da a conocer sobre las diferencias entre sus beneficios actuales en *MoreCare Home* y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2022, como miembro de *MoreCare Home*.

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

Sección 2.1. Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa de inscripción tardía de por vida de la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea por lo menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso mayor, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional directamente al gobierno cada mes por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si usted está recibiendo "Ayuda Adicional" con sus costos de medicamentos recetados. Consulte la Sección 7 con respecto a "Ayuda Adicional" de Medicare.

Sección 2.2. Cambios en su monto máximo de costo de bolsillo

Para protegerle, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que paga "de su bolsillo" durante el año. A este límite se le llama "monto máximo de costo de bolsillo". Una vez que alcance este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo de costo de bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de costo de bolsillo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de costo de bolsillo.	\$3,450	\$3,450 Una vez que haya pagado \$3,450 por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B por el resto del año calendario.

Sección 2.3. Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Puede encontrar un *Directorio de Proveedores* actualizado en nuestro sitio web en mymorecare.com/find-providers. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedir que le enviemos un *Directorio de Proveedores* por correo. **Revise el *Directorio de Proveedores* del 2022 para ver si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que durante el año hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen muchas razones por las que su proveedor podría retirarse del plan, pero si su médico o especialista se retira del 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 brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe por avisarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor va a dejar nuestro plan, así usted tiene tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar la gestión de sus necesidades de atención médica.

- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar (y vamos a trabajar con usted para asegurarlo) que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos asignado a un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está manejando apropiadamente, tiene el derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para gestionar su atención.

Sección 2.4. Cambios en la Red de Farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un *Directorio de Farmacias* actualizado en nuestro sitio web en mymorecare.com/find-rx. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedir que le envíen por correo un *Directorio de Farmacias*. **Revise el Directorio de Farmacias de 2022 para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

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

Vamos a cambiar nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)*, en su *Evidencia de Cobertura del 2022*.

Servicios del programa de tratamiento con opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar la OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó medicamentos agonistas de opiáceos y medicamentos antagonistas (MAT).
- Entrega y administración de medicamentos MAT (si corresponde)
- Asesoría sobre el uso de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de recepción
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Artículos de venta libre (OTC)	<p>El plan cubre un máximo de \$95 para artículos de venta libre aprobados cada tres (3) meses.</p> <p>No cubierto</p>	<p>El plan cubre un máximo de \$75 para artículos de venta libre aprobados cada tres (3) meses.</p> <p>El plan ofrece DisposeRx. Consulte el Capítulo 5, Sección 7.1, de la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.</p>
Salud mental para pacientes externos	Paga el 20% del costo total de las sesiones individuales o grupales.	Paga \$0 de copago por sesiones individuales y grupales.
Servicios médicos: consultas de telesalud	<p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p>	<p>Paga \$0 de copago por los servicios de telesalud de Atención Primaria.</p> <p>Paga \$0 de copago por los servicios de telesalud de Salud Conductual.</p> <p>Paga 20% del costo total de los servicios de telesalud de Médicos Especialistas.</p> <p>Paga 20% del costo total de los servicios de telesalud de Otros Profesionales de la Salud.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Centros de enfermería especializada	Paga \$184 de copago por día para los días 21-100 por servicios en centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) cubiertos por Medicare.	Paga \$188 de copago por día para los días 21-100 por servicios en SNF cubiertos por Medicare.
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos: comida y productos agrícolas	No cubierto	Paga \$0 de copago por una tarjeta de supermercado de \$25 cada tres (3) meses. Para miembros elegibles con ciertas condiciones crónicas. Consulte el Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos en la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.
Servicios de transporte	\$0 de copago por hasta 18 viajes de ida a sitios aprobados por el plan cada año.	\$0 de copago por hasta 22 viajes de ida a sitios aprobados por el plan cada año.

Sección 2.6. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

A nuestra lista de medicamentos cubiertos se le llama un formulario o "Lista de medicamentos". Se proporciona de manera electrónica una copia de nuestra lista de medicamentos.

Hicimos 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 estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Trabajar con su médico (u otro profesional que receta) y pedir al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar 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 debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar al Departamento de Servicios para miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos para el tratamiento de la misma condición médica.

En algunos casos, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no figura en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para conocer más sobre cuándo se puede obtener un suministro temporal y cómo pedir uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo en el que está recibiendo un suministro temporal del medicamento, debe hablar con su médico para decidir lo que harán cuando acabe con el suministro temporal. Puede ya sea cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para su caso y cubrir su medicamento actual.

Las aprobaciones actuales de excepciones del formulario se prorrogarán al año siguiente, si corresponde.

La mayoría de los cambios en la lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la lista de medicamentos durante el año, todavía puede trabajar con su médico (u otro profesional que receta) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para conocer más sobre los cambios que podemos realizar en la lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional"), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** 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 llamado "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa

sobre los costos para sus medicamentos. Debido a que usted recibe "Ayuda Adicional" si no ha recibido este inserto antes del 15 de octubre, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pregunte por el "LIS Rider".

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos". Lo que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté. (Puede consultar en el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas.)

La información a continuación muestra los cambios a las dos primeras etapas para el próximo año: la Etapa Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de Interrupción de Cobertura o la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofes. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en mymorecare.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 1: etapa Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual. <i>El deducible no es aplicable para el nivel 1.</i></p>	<p>El deducible es \$365.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$3 de costo compartido por los medicamentos del nivel 1 y el costo total por los medicamentos en los niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$435.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$7 de costo compartido por los medicamentos del nivel 1 y el costo total de los medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

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

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual, puede pasar a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la porción que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1. Medicamentos genéricos preferidos: Paga \$3 de copago por receta.</p> <p>Nivel 2. Medicamentos genéricos no preferidos: Paga \$18 de copago por receta.</p> <p>Nivel 3. Medicamentos de marca preferidos: Paga \$45 de copago por receta.</p> <p>Nivel 4. Medicamentos de marca no preferidos: Paga el 40% del costo total por receta.</p> <p>Nivel 5. Medicamentos especializados: Paga el 25% del costo total por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1. Medicamentos genéricos preferidos: Paga \$7 de copago por receta.</p> <p>Nivel 2. Medicamentos genéricos no preferidos: Paga \$17 de copago por receta.</p> <p>Nivel 3. Medicamentos de marca preferidos: Paga \$47 de copago por receta.</p> <p>Nivel 4. Medicamentos de marca no preferidos: Paga el 50% del costo total por receta.</p> <p>Nivel 5. Medicamentos especializados: Paga el 25% del costo total por receta.</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son para un mes (30 días) de suministro cuando usted surta su receta en una farmacia de la red que proporcione costos compartidos estándares. Para obtener información sobre los costos, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>. Cambiamos el nivel para algunos de los medicamentos de nuestra lista. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la lista de medicamentos en mymorecare.com/find-rx.</p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos han alcanzado el monto de \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la etapa de la interrupción de cobertura).</p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos han alcanzado el monto de \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la etapa de interrupción de cobertura).</p>

Cambios en las etapas de interrupción de cobertura y cobertura en caso de catástrofes.

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos —la Etapa de Interrupción de Cobertura y la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofes— son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de Interrupción de Cobertura o la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofes.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Artículos de venta libre (OTC): cómo puede comprar en línea, por teléfono o catálogo de pedidos por correo.	<ul style="list-style-type: none"> • Visite www.nationsotc.com para iniciar sesión con su número de tarjeta OTC de 19 dígitos. • Llame al 1-833-SHOP-OTC (1-833-746-7682) TTY: 711 para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros. Atienden de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. CST. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visite athome.medline.com/card para iniciar sesión con su número de tarjeta OTC de 19 dígitos. • Llame al 1-833-569-2330 (TTY: 711) para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros. Atienden de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. CST.
Médico especialista: Autorización previa y derivación	<ul style="list-style-type: none"> • Obligatorio 	<ul style="list-style-type: none"> • No obligatorio

SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

Sección 4.1. Si desea permanecer en *MoreCare Home*

Para quedarse en nuestro plan no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Medicare original hasta el 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en nuestro *MoreCare Home*.

Sección 4.2. Si desea cambiarse de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiarse para el 2022, siga estos pasos:

Paso 1: conozca más y compare sus opciones

- Puede unirse a un plan de salud de Medicare diferente a tiempo,
- *O* puede cambiarse a Medicare original. Si se cambia a Medicare original, tendrá que decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para conocer más sobre Medicare original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You del 2022*, llame a su Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Vaya a www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Paso 2: cámbiese de cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Usted será dado de baja automáticamente de *MoreCare Home*.
- Para **cambiarse a Medicare original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Usted será dado de baja automáticamente de *MoreCare Home*.
- Para **cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja. Comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información acerca de cómo realizarlo (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este folleto).
 - *O* comunicarse con **Medicare** al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que lo den de baja. Los usuarios que utilizan TTY deben llamar al número 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Hay otros periodos del año para hacer un cambio?

En ciertos casos, también se permiten cambios en otros periodos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, a aquellos que reciben "Ayuda Adicional" para pagar por sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura del empleador, y aquellos que se mudan fuera del área de servicio se les puede permitir hacer un cambio en otros periodos del año.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

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

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

Programa de Asistencia del Estado con el Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores entrenados en cada estado. En Illinois, el SHIP significa Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores de Illinois.

El Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores de Illinois es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para darle asesoría local **gratis** sobre el seguro de salud a las personas con Medicare. Los consejeros del Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores de Illinois pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones del plan de Medicare y responder a preguntas acerca de cambios entre planes. Puede llamar al Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores de Illinois al (800) 252-8966. Puede obtener más información sobre el Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores de Illinois visitando su sitio web (<https://www2.illinois.gov>).

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación, enumeramos los diversos tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que sean elegibles no tendrán una interrupción de la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. 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.
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 a. m. y 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados para las personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a

asegurar que las personas elegibles para el ADAP y con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvar la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobante del estado de residencia y su situación con el SIDA, tener bajos ingresos según lo defina el estado, y tener una categoría de no asegurado/infraasegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de recetas a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA del Departamento de Salud Pública de Illinois. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA del Departamento de Salud Pública de Illinois al (217) 782-4977 o visite su sitio web en www.dph.Illinois.gov.

SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

Sección 8.1. Obtener ayuda de *MoreCare Home*

¿Preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **(844) 480-8528**. (Solo para usuarios TTY, llame al 711). Atendemos llamadas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. (De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST del 1 de abril al 30 de septiembre). Las llamadas a estos números son gratis.

Lea su *Evidencia de Cobertura del 2022* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2022. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura del 2022* para *MoreCare Home*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en mymorecare.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en mymorecare.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 8.2. 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 que utilizan TTY deben llamar al número 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare).

Lea el *Medicare & You del 2022*

Puede leer el manual de *Medicare & You del 2022*. Todos los años en otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Si no cuenta con una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando a 1-800-MEDICARE al (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios que utilizan TTY deben llamar al número 1-877-486-2048.