Notificación Anual de Cambios para 2022

Health Partners Medicare Complete (HMO-POS)

Health Partners
Medicare

Health Partners Medicare Complete (HMO-POS) ofrecido por Health Partners Medicare

Notificación anual de cambios para 2022

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Health Partners Medicare Complete (HMO-POS). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este documento 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 Secciónes 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

☐ Verifique los cambios en el documento 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 costo compartido distintos?
- ¿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 2022 y consulte la Sección 1.6 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, y haga clic en el enlace del “caudros” en el centro de la

segunda Nota hacia la parte inferior de la página. 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 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

☐ 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 2022* (Medicare y Usted 2022).
- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información 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 inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, permanecerá inscrito en Health Partners Medicare Complete (HMO-POS).
- 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 2021**
   - Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, permanecerá inscrito en Health Partners Medicare Complete (HMO-POS).
   - Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro Servicios para los miembros al número 1-866-901-8000. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). Atendemos las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- También puede solicitar esta información en formatos alternativos (como braille, letra grande o audio) llamando a Servicios para los miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).
- **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 Health Partners Medicare Complete (HMO-POS)

- Health Partners Medicare es un plan HMO con contratos de Medicare y del programa de Medicaid del estado de Pensilvania. La inscripción en Health Partners Medicare depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Health Partners Medicare. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Health Partners Medicare Complete (HMO-POS).

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y los costos de 2022 para Health Partners Medicare Complete (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios**. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.HPPMedicare.com. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	$0	$0
Deducible	$0	$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	$7,550	$7,550
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: $0 por consulta. Consultas a especialistas: $45 por consulta.	Consultas de atención primaria: $0 por consulta. Consultas a especialistas: $30 por consulta.
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se ingresa formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior al alta es su último día como paciente internado.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: $170 de copago por día para los días 1 a 10 $0 de copago por día para los días 11 a 90 Después del día 90, $704 de copago por día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo su vida) por cada hospitalización como paciente interno.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: $200 de copago por día para los días 1 a 7 $0 de copago por día para los días 8 a 90. Después del día 90, $704 de copago por día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida) por cada hospitalización.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para más detalles).	Deducible: $0 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: $0 copago • Medicamentos de Nivel 2: $10 copago • Medicamentos de Nivel 3: $47 copago • Medicamentos de Nivel 4: $100 copago • Medicamentos de Nivel 5: 33% coseguro	Deducible: $0 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: $0 copago • Medicamentos de Nivel 2: $10 copago • Medicamentos de Nivel 3: $47 copago • Medicamentos de Nivel 4: $100 copago • Medicamentos de Nivel 5: 33% coseguro

Aviso anual de cambios para 2022
Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2022 1

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 4

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual 4

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 4

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores 5

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias 6

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 6

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 10

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir 14

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Health Partners Medicare Complete (HMO-POS) 14

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan 14

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan 15

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 15

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 16

SECCIÓN 6 Preguntas 17

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Health Partners Medicare Complete (HMO-POS) 17

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 17

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual No hay cambios en la prima de su plan para el próximo año de beneficios. (Usted 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 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 5 acerca de "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 1.2 – 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 por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo de su bolsillo	$7,550	$7,550
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para calcular el monto máximo que usted paga de su bolsillo. Los costos por medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	Este máximo no incluye los costos compartidos pagados por los servicios que se obtienen usando la opción de punto de servicio del plan.	Una vez que haya pagado $7,550 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo de su bolsillo (continuación)		Este máximo incluye los costos compartidos pagados por los servicios que se obtienen usando la opción de punto de servicio del plan.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para 2022. Se encuentra disponible un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestra página web en www.HPPMedicare.com. 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 y farmacias*. **Le recomendamos que revise nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* vigente para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) aún 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 su 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 su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

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.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.HPPMedicare.com se encuentra disponible un *Directorio de proveedores y 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 proveedores y farmacias*. **Revise el 2022 *Directorio de proveedores y farmacias* para consultar qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5 – 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 2022.*

Servicios del programa de tratamiento para opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT).
- Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Atención de la vista: Elementos para la vista (de rutina)	Usted paga un copago de $0 por uno de los siguientes artículos una vez al año: – un par de anteojos (lentes y hasta $150 para armazón) – un par de lentes de anteojos – un armazón de anteojos (hasta $150) – lentes de contacto (hasta $200)	Usted paga un copago de $0 por uno de los siguientes artículos, hasta $200 al año: – un par de anteojos (lentes y armazón) – lentes de contacto
Consultas con especialistas (excepto psiquiatríac)	Usted paga un copago de $45 dentro de la red por cada consulta.	Usted paga un copago de $30 dentro de la red por cada consulta.
Otros profesionales de la salud	Usted paga un copago de $0 dentro de la red si el servicio se brinda en el consultorio de un PCP o un copago de $45 dentro de la red si el servicio se brinda en el consultorio de un especialista.	Usted paga un copago de $0 dentro de la red si el servicio se brinda en el consultorio de un PCP o copago de $30 dentro de la red si el servicio se brinda en el consultorio de un especialista.
Pacientes internados en hospital	Usted paga: Días 1-10: Copago de $170 por día. Días 11-90: Copago de $0 por día. Día 91 en adelante: Copago de $704 por día de reserva de por vida, hasta 60 días a lo largo de su vida.	Usted paga lo siguiente: Días 1-7: Copago de $200 por día. Días 8-90: Copago de $0 por día. Día 91 en adelante: Copago de $704 por día de reserva de por vida, hasta 60 días a lo largo de su vida.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Productos de venta libre	Usted paga un copago de $0 por productos de venta libre cubiertos hasta un máximo de $150 cada trimestre calendario. Los montos no utilizados se trasladan al siguiente trimestre durante el año del plan.	Usted paga un copago de $0 por los productos de venta libre cubiertos hasta un máximo de $150 cada trimestre calendario. Los montos no utilizados no se trasladan al siguiente trimestre.
Punto de servicio	El beneficio de punto de servicio del plan que cubre los servicios de especialistas fuera de la red *no* incluye: Servicios de rehabilitación cardíaca Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca	El beneficio de punto de servicio del plan que cubre los servicios de especialistas fuera de la red incluye: Servicios de rehabilitación cardíaca Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca
Servicios de monitoreo remoto	Cubierto para los miembros que padecen insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) o diabetes no controlada.	Cubierto para los miembros que padecen insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), diabetes no controlada o hipertensión.
Servicios de podología (cubiertos por Medicare)	Usted paga $45 de copago dentro de la red por cada consulta.	Usted paga $30 de copago dentro de la red por cada consulta.
Servicios de tratamiento con opioides	Usted paga un copago de $40 por cada consulta.	Usted paga un copago de $30 por cada consulta.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios del médico o profesional	Se requiere autorización previa para los servicios de telesalud y los servicios especializados de salud mental y psiquiatría (salvo en la primera consulta).	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios especializados de salud mental y psiquiatría, excepto en la primera consulta, la terapia ambulatoria de rutina y las consultas para la administración de medicamentos.
Servicios especializados de salud mental	Usted paga un copago de $40 por cada sesión individual o grupal.	Usted paga un copago de $30 por cada sesión individual o grupal.
Servicios psiquiátricos	Usted paga un copago de $40 por cada sesión individual o grupal.	Usted paga un copago de $30 por cada sesión individual o grupal.
Telesalud	Se requiere autorización previa para los servicios de telesalud.	No se requiere autorización previa para el proceso de telesalud. Sin embargo, los servicios que requieren autorización previa para las consultas presenciales (incluidos todos los servicios fuera de la red) también requieren autorización cuando se brindan de forma remota.
Transporte (de rutina)	Usted paga $0 de copago por hasta 24 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan (centros médicos y farmacias).	Usted paga $0 de copago por hasta 22 viajes de ida por año a ubicaciones aprobadas por el plan (centros médicos y farmacias).

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Usted paga un copago de $40 por cada sesión individual o grupal cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de $30 por cada sesión individual o grupal cubierta por Medicare.

Sección 1.6 – 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.
    - 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 Capítulo 5, Sección 5.2 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.

Como miembro actual, puede recibir un suministro temporal de hasta 30 días de un medicamento que se vea afectado por los cambios negativos del formulario en el nuevo año de contrato dentro

de los primeros 90 días de la renovación. Después de su primer suministro para 30 días, no cubriremos estos medicamentos a menos que se aprueben a través del proceso de excepción de no formulario o a través de una autorización previa. Si recibe cobertura para un suministro temporal de medicamentos, le notificaremos si es necesaria una determinación de excepción al formulario o una autorización previa para continuar con la cobertura de su medicamento.

Las excepciones al formulario se conceden por un período de un año (365 días). Si se aprueba una excepción al formulario en 2021, será válida en 2022. Deberá presentar una nueva solicitud si desea que Health Partners Medicare Complete (HMO-POS) siga cubriendo un medicamento exceptuado una vez transcurrido este período de un año.

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 usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre costos de medicamentos con receta de la Parte D tal vez no sea aplicable a su caso**. Le hemos enviado un anexo separado, que se denomina “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para el pago de medicamentos con receta” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “cláusula adicional LIS”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Dado que recibe “Ayuda adicional,” si no recibió este anexo antes del 30 de septiembre, 2021, llame a Servicios para los miembros y pida la “cláusula adicional LIS.”

Hay cuatro “etapas de pagos de los medicamentos.” El monto que pague 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 de deducibles anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período de interrupción en la cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus gastos en estas etapas, revise el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestra página web en www.HPPMedicare.com. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus Gastos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener información acerca de los copagos y coseguros, revise el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en la *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.** Los costos en esta línea son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red. Para más información acerca de los costos de un suministro a largo plazo o para recetas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su *Evidencia de cobertura*. Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para consultar si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Costo para usted por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con gasto compartido estándar: **Medicamentos de Nivel 1 (Genéricos preferidos):** Usted paga $0 por receta. **Medicamentos de Nivel 2 (Genéricos):** Usted paga $10 por receta. **Medicamentos de Nivel 3 (Marca preferida):** Usted paga $47 por receta.	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con gasto compartido estándar: **Medicamentos de Nivel 1 (Genéricos preferidos):** Usted paga $0 por receta. **Medicamentos de Nivel 2 (Genéricos):** Usted paga $10 por receta. **Medicamentos de Nivel 3 (Marca preferida):** Usted paga $47 por receta.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	**Medicamentos de Nivel 4 (Medicamento no preferido):** Usted paga $100 por receta. **Medicamentos de Nivel 5 (Nivel especializado):** Usted paga 33% del costo total. _____ Una vez que los costos totales de medicamentos hayan alcanzado los $4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período de interrupción en la cobertura).	**Medicamentos de Nivel 4 (Medicamento no preferido):** Usted paga $100 por receta. **Medicamentos de Nivel 5 (Nivel especializado):** Usted paga 33% del costo total. _____ Una vez que los costos totales de medicamentos hayan alcanzado los $4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período de interrupción en la 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 de interrupción en la cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período de interrupción en la cobertura ni a la Etapa de cobertura catastrófica**.

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Health Partners Medicare Complete (HMO-POS)

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 Health Partners Medicare Complete (HMO-POS).

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2022, 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 1.1 obre 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 2022* (Medicare y Usted 2022), llame a su Programa estatal de asistencia en seguro médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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.**

Como recordatorio, Health Partners Medicare ofrece otros planes de salud de Medicare y otros planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costo compartido.

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 Health Partners Medicare Complete (HMO-POS).
- 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 Health Partners Medicare Complete (HMO-POS).

- 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 6.1 de este documento 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 3 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 2022.

¿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*.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su opción de plan, 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 cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Pennsylvania, el SHIP se llama Educación sobre Medicare en Pennsylvania y conocimiento de las decisiones (PA MEDI).

PA MEDI es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan médico). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. PA MEDI Los asesores pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y a responder las interrogantes relacionadas con el cambio de un plan a otro. Usted puede llamar a

PA MEDI al 1-800-783-7067. Para obtener más información acerca de PA MEDI, visite el sitio web (www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx).

SECCIÓN 5 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.** Pennsylvania cuenta con un programa denominado Contrato de asistencia farmacéutica para personas mayores (PACE) 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 4 de este documento).
- **Asistencia con los gastos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/sub-asegurado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los gastos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de beneficios farmacéuticos del estado (State Pharmaceutical Benefit Program, SPBP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-922-9384.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Health Partners Medicare Complete (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para los miembros al 1-866-901-8000. (Únicamente los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas las 24 horas del día, los siete días a la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2022 (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 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2022 para Health Partners Medicare Complete (HMO-POS). 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 www.HPPMedicare.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 www.HPPMedicare.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – 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 2022 (Medicare y usted 2022)*

Puede leer el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted). Este documento se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde a las preguntas sobre Medicare formuladas con mayor frecuencia. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en la página web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Health Partners Medicare
901 Market Street, Suite 500
Philadelphia, PA 19107

1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477)

HPPMedicare.com

Health Partners
Medicare

H9207_HPM-810MG-2788-012-B-SP_M