

# **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP) ofrecido por Elderplan, Inc.**

## **Aviso anual de cambios para 2021**

Actualmente, está inscrito como miembro de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP). El año próximo habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

---

### **Qué hacer ahora**

#### **1. PREGUNTE:** qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
  - 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 1.5 y 1.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto para nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan 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 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
  - Es posible que los costos de los medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico acerca de alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted. Esto podría ahorrarle dinero en los costos que paga de su bolsillo anualmente. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos paneles de información destacan cuáles son los fabricantes que han aumentado los precios y también muestran otra información sobre el precio de los medicamentos de año a año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente la medida en que pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- ¿Se encuentran sus médicos, incluidos los especialistas que ve regularmente, dentro de nuestra red?
  - ¿Qué ocurre con los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 1.3 y 1.4 para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores y farmacias.

- Piense acerca de los costos generales de la atención médica.
  - ¿Cuánto pagará de su bolsillo para los servicios y medicamentos con receta que utiliza con frecuencia?
  - ¿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 de Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web en [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
  - Revise la lista en la portada posterior del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
  - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limita su opción 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, se lo inscribirá en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP). Si desea **cambiarse a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Consulte la Sección 2.2, página 34 para obtener más información sobre sus opciones.

**4. INSCRÍBASE:** Para cambiarse de plan, 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**, se lo inscribirá en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP). Si se inscribe en otro plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2021. Se cancelará automáticamente su inscripción en su plan actual.

### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible en español gratuitamente.
- Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

Esta información está disponible en distintos formatos, como braille, tamaño de letra grande, audio y otros formatos alternativos. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura anteriormente si necesita información del plan en otro idioma o formato.

- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

## **Acerca de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)**

- Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.

Elderplan ha sido aprobado por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de necesidades especiales (SNP) hasta 2023 sobre la base de una revisión del Modelo de atención de Elderplan. Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Elderplan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP).

H3347\_EPS16869\_M

# Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

## Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP) 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.elderplan.org](http://www.elderplan.org). También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*. Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por los deducibles, las consultas en el consultorio médico y las hospitalizaciones.

| Costo   | 2020<br>(este año)                         | 2021<br>(próximo año)                      |
|---|--|--|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles. | \$0 o \$31.70 para su prima de la Parte D. | \$0 o \$35.00 para su prima de la Parte D. |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo                          | 2020<br>(este año)   | 2021<br>(próximo año)  |
|--------------------------------|--|--|
| <b>Deducible de la Parte B</b> | El deducible de la Parte B es de \$198. Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por el deducible de la Parte B. | El deducible de la Parte B es de \$198. Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por el deducible de la Parte B.<br><br>Estos montos de costo compartido corresponden a 2020 y pueden cambiar en 2021. Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP) proporcionará tarifas actualizadas en cuanto se publiquen. |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo  | 2020<br>(este año)   | 2021<br>(próximo año)   |
|--|--|---|
| <p><b>Consultas en el consultorio del médico</b></p> | <p>Consultas de atención primaria:<br/>coseguro del 0% o 20% por consulta</p> <p>Consultas a un especialista:<br/>coseguro del 0% o 20% por consulta</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p> | <p>Consultas de atención primaria:<br/>coseguro del 0% o 20% por consulta</p> <p>Consultas a un especialista:<br/>coseguro del 0% o 20% por consulta</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p> <p>No hay cambios para 2021.</p> |



Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo  | 2020<br>(este año)   | 2021<br>(próximo año)  |
|--|--|--|
| <p><b>Hospitalizaciones para pacientes internados</b><br/>Incluye cuidados agudos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p> | <p>En 2020, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O: un deducible de \$1,408.<br/>Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$352 por día. Día 91 en adelante: copago de \$704 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida). Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p> | <p>En 2020, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O: un deducible de \$1,408.<br/>Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$352 por día. Día 91 en adelante: copago de \$704 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida). Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p> |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo  | 2020<br>(este año)   | 2021<br>(próximo año)   |
|--|--|---|
| <p><b>Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)</b></p> | <p>Se requiere autorización.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día en que usted es internado en un hospital o centro de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p> | <p>Estos montos de costo compartido corresponden a 2020 y pueden cambiar en 2021. Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP) proporcionará tarifas actualizadas en cuanto se publiquen.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día en que usted es internado en un hospital o centro de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p> |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

| <b>Costo</b>  | <b>2020<br/>(este año)</b>                         | <b>2021<br/>(próximo año)</b>  |
|---|--|--|
| <b>Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)</b>   |  | <p>Se requiere autorización.</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p> |
| <b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b><br>(Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles). | Deducible: El deducible de la Parte D es de \$435. | Deducible: El deducible de la Parte D es de \$445.   |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo   | 2020<br>(este año)   | 2021<br>(próximo año)  |
|---|--|--|
| <p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p> | <p>Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0 u \$89, según el nivel de “Ayuda adicional” que usted reciba. (Consulte el inserto aparte, “Cláusula LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p> | <p>Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0 o \$92, según el nivel de “Ayuda adicional” que usted reciba. (Consulte el inserto aparte, “Cláusula LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p> |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo   | 2020<br>(este año)  | 2021<br>(próximo año)   |
|---|---|---|
| <p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p> | <p>Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para medicamentos del Nivel 1: Según su “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):</p> | <p>Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para medicamentos del Nivel 1: Según su “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):</p> |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

| <b>Costo</b>  | <b>2020<br/>(este año)</b>  | <b>2021<br/>(próximo año)</b>  |
|---|---|--|
| <p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p> | <p>Copago de \$0 o copago de \$1.30 o copago de \$3.60 o el 15% del costo; o 25% del costo</p> <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <p>Copago de \$0 o copago de \$3.90 o copago de \$8.95 o el 15% del costo; o 25% del costo</p> | <p>Copago de \$0 o copago de \$1.30 o copago de \$3.70 o el 15% del costo; o 25% del costo.</p> <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <p>Copago de \$0 o copago de \$4.00 o copago de \$9.20 o el 15% del costo; o 25% del costo</p> |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo  | 2020<br>(este año)  | 2021<br>(próximo año)   |
|--|---|---|
| <p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b><br/>                     Este es el <u>máximo</u> que tendrá que pagar de gastos directos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p> | <p>\$6,700</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> | <p>\$7,550</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> |

***Aviso anual de cambios para 2021***  
**Índice**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2021.....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año .....</b>                 | <b>13</b> |
| Sección 1.1: Cambios en la prima mensual.....   | 13        |
| Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....                         | 14        |
| Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores .....   | 16        |
| Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias .....   | 18        |
| Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....                | 18        |
| Sección 1.6: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D .....         | 34        |
| <b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>   | <b>42</b> |
| Sección 2.1: Si desea permanecer en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP).....     | 42        |
| Sección 2.2: Si desea cambiar de plan .....   | 42        |
| <b>SECCIÓN 3 Cambio de plan.....</b>  | <b>44</b> |
| <b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid .....</b> | <b>45</b> |
| <b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>               | <b>47</b> |



|                  |  |           |
|------------------|--|-----------|
| <b>SECCIÓN 6</b> | <b>Preguntas.....</b>  | <b>48</b> |
| Sección 6.1:     | Cómo recibir ayuda de Elderplan for<br>Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)..... | 48        |
| Sección 6.2:     | Cómo recibir ayuda de Medicare.....  | 49        |
| Sección 6.3:     | Cómo obtener ayuda de Medicaid .....   | 51        |

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

**Sección 1.1: Cambios en la prima mensual**

| <b>Costo</b>   | <b>2020<br/>(este año)</b>   | <b>2021<br/>(próximo año)</b>  |
|--|--|--|
| <p><b>Prima mensual</b><br/>(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).</p> | <p>Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).</p> <p>\$0 o \$31.70 para su prima de la Parte D.</p> | <p>Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).</p> <p>\$0 o \$35.00 para su prima de la Parte D.</p> |

---

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

---

A fin de 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 alcanza este monto, por lo general, no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo   | 2020<br>(este año)  | 2021<br>(próximo año)   |
|---|---|---|
| <p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p><b>Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo.</b></p> <p>Si usted es elegible para recibir la asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> | <p>\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por 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.</p> | <p>\$7,550</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por 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.</p> |

## Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

| Costo  | 2020<br>(este año) | 2021<br>(próximo año) |
|--|--------------------|-----------------------|
| <p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo (continuación)</b></p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> |                    |                       |

---

### Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

---

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. El Directorio de proveedores y farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web en [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org). 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 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 tenga en cuenta que podemos hacer cambios en cuanto a 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:

- Si bien 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.

## Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

- 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 que administre su atención.

---

### **Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias**

---

Las cantidades que paga por los medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos con receta 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.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. El Directorio de proveedores y farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web en [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org). 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 proveedores y farmacias de 2021 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

---

### **Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**

---

Tenga en cuenta que en el *Aviso anual de cambios* se informan los cambios en los costos y beneficios de Medicare.

El año próximo cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos

## Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

cambios. Si desea obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2021*. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org). También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

| <b>Costo</b>   | <b>2020<br/>(este año)</b>   | <b>2021<br/>(próximo año)</b>   |
|--|--|---|
| <p>Cubierta por Medicare</p> <p><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</b></p> | <p>No se requiere coseguro ni copago para los servicios de acupuntura para el dolor lumbar crónico cubierta por Medicare (cubierta a partir de enero de 2020).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> | <p>No se requiere coseguro ni copago para los servicios de acupuntura para el dolor lumbar crónico cubierta por Medicare.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> |



Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

| <b>Costo</b>  | <b>2020<br/>(este año)</b>  | <b>2021<br/>(próximo año)</b>   |
|---|---|---|
| <p>Cubierta por Medicare<br/> <b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</b></p> | <p>Los beneficiarios de Medicare están cubiertos para un máximo de 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:<br/>           Para los fines de este beneficio, las siguientes son características del dolor lumbar crónico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dura 12 semanas o más.</li> </ul> | <p>Los beneficiarios de Medicare están cubiertos para un máximo de 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:<br/>           Para los fines de este beneficio, las siguientes son características del dolor lumbar crónico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dura 12 semanas o más.</li> </ul> |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo  | 2020<br>(este año)  | 2021<br>(próximo año)   |
|--|---|---|
| <p>Cubierta por Medicare<br/><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No es específico, es decir, no existe una causa sistémica identificable (no se asocia a una enfermedad metastásica, inflamatoria, contagiosa, etc.).</li> <li>• No se asocia a una cirugía.</li> <li>• No se asocia al embarazo.</li> </ul> <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No es específico, es decir, no existe una causa sistémica identificable (no se asocia a una enfermedad metastásica, inflamatoria, contagiosa, etc.).</li> <li>• No se asocia a una cirugía.</li> <li>• No se asocia al embarazo.</li> </ul> <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo  | 2020<br>(este año)  | 2021<br>(próximo año)   |
|--|---|---|
| <p>Cubierta por Medicare<br/><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</b></p> | <p>Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o tiene un retroceso.</p>  | <p>Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o tiene un retroceso.</p>  |
| <p><b>Servicios de especialidad en salud mental</b></p>  | <p>Usted paga un coseguro del 0% o 45% para los servicios de salud mental individuales o grupales.</p> <p>Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga el 0% del costo total.</p> | <p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% para los servicios de salud mental individuales o grupales.</p> <p>Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga el 0% del costo total.</p> |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| <b>Costo</b>  | <b>2020<br/>(este año)</b>   | <b>2021<br/>(próximo año)</b>  |
|---|--|--|
| <b>Servicios de tratamiento para dejar los opioides</b> | <p>Usted paga un coseguro del 0% o 45% para servicios de tratamiento para dejar los opioides.</p> <p>Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga el 0% del costo total.</p> | <p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% para servicios de tratamiento para dejar los opioides.</p> <p>Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga el 0% del costo total.</p> |
| <b>Productos de venta libre (OTC)</b>                   | <p>Usted puede comprar hasta \$88 por mes de productos de OTC elegibles. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes.</p>  | <p>Usted puede comprar hasta \$120 por mes de productos de OTC elegibles. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes.</p>   |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo   | 2020<br>(este año)  | 2021<br>(próximo año)   |
|---|---|---|
| <p><b>Productos de venta libre (OTC) (continuación)</b></p> | <p>Para los miembros elegibles, el beneficio de productos OTC se combina con los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) a partir de octubre de 2020.</p> | <p>El beneficio de productos de venta libre (OTC) se combina con los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) para los miembros elegibles.</p>                   |
| <p><b>Servicios médicos/profesionales de telesalud</b></p>  | <p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% para ciertos servicios de telesalud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de urgencia</li> <li>• Servicios de atención primaria</li> </ul>     | <p>Usted paga un coseguro del 0% para los servicios de telesalud recibidos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios del proveedor de atención primaria (PCP)</li> <li>• TELADOC</li> </ul> |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo  | 2020<br>(este año)  | 2021<br>(próximo año)   |
|--|---|---|
| <p><b>Servicios médicos/ profesionales de telesalud (continuación)</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de especialistas médicos</li> <li>• Servicios especializados de salud mental (sesiones individuales y grupales)</li> <li>• Servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales)</li> <li>• Atención por abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones individuales y grupales)</li> </ul> | <p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% para ciertos servicios de telesalud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de urgencia</li> <li>• Servicios de especialistas médicos</li> <li>• Servicios especializados de salud mental (sesiones individuales y grupales)</li> <li>• Servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales)</li> </ul> |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo   | 2020<br>(este año)   | 2021<br>(próximo año)  |
|---|--|--|
| <p><b>Servicios médicos/profesionales de telesalud (continuación)</b></p> | <p>Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga el 0% del costo total.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención por abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones individuales y grupales)</li> </ul> <p>Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga el 0% del costo total.</p> |
| <p><b>Comidas posteriores al alta</b></p>                                 | <p>Las comidas posteriores al alta <u>no</u> están cubiertas.</p>  | <p>No se requiere coseguro ni copago para las comidas posteriores al alta.</p>   |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

| <b>Costo</b>                                      | <b>2020<br/>(este año)</b> | <b>2021<br/>(próximo año)</b>  |
|---|----------------------------|--|
| <b>Comidas posteriores al alta (continuación)</b> |                            | <p>Los miembros elegibles recibirán 2 comidas preparadas al día durante 14 días después del alta. Estas comidas se enviarán directamente a su domicilio sin costo adicional para usted.</p> <p>El programa de comidas se limita a 2 veces por año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Las comidas están disponibles luego de una hospitalización no opcional o de emergencia en un hospital o un centro de enfermería especializada.</li></ul> |



Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo  | 2020<br>(este año)  | 2021<br>(próximo año)   |
|--|---|---|
| <b>Comidas posteriores al alta (continuación)</b>                  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Las comidas posteriores al alta no están cubiertas luego de una hospitalización para servicios opcionales.</li> </ul>  |
| <b>Servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales)</b> | <p>Coseguro del 0% o 35% para servicios psiquiátricos individuales y grupales.</p> <p>* Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga el 0% del costo total.</p> | <p>Coseguro del 0% o 20% para servicios psiquiátricos individuales y grupales.</p> <p>* Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga el 0% del costo total.</p> |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

| <b>Costo</b>   | <b>2020<br/>(este año)</b>  | <b>2021<br/>(próximo año)</b>   |
|--|---|---|
| <b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</b> | No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (cubiertos a partir de octubre de 2020). | No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo  | 2020<br>(este año)   | 2021<br>(próximo año)   |
|--|--|---|
| <p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)</b></p> | <p>Los miembros elegibles para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de OTC para determinados alimentos, que solo se puede usar en algunas farmacias o comercios minoristas.</p> <p>La cobertura combinada de OTC de hasta \$88 por mes estará disponible mensualmente.</p> | <p>Los miembros elegibles para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de OTC para determinados alimentos, que solo se puede usar en algunas farmacias o comercios minoristas.</p> <p>La cobertura combinada de OTC de hasta \$120 por mes estará disponible mensualmente.</p> |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo  | 2020<br>(este año)   | 2021<br>(próximo año)  |
|--|--|--|
| <p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)</b></p> | <p>Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente mes.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los artículos elegibles y una lista de redes de farmacias o comercios minoristas selectos.</p> | <p>Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente mes.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los artículos elegibles y una lista de redes de farmacias o comercios minoristas selectos.</p> |
| <p><b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</b></p>                         | <p>En 2020, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O: un deducible de \$1,408.</p>   | <p>En 2020, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O: un deducible de \$1,408.</p>   |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo   | 2020<br>(este año)  | 2021<br>(próximo año)  |
|---|---|--|
| <p><b>Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p> | <p>Días 1 a 60: copago de \$0 por día.<br/> Días 61 a 90: copago de \$352 por día.<br/> Día 91 en adelante: copago de \$704 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida). Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p> <p>Se requiere autorización.</p> | <p>Días 1 a 60: copago de \$0 por día.<br/> Días 61 a 90: copago de \$352 por día.<br/> Día 91 en adelante: copago de \$704 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida). Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p> |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Costo   | 2020<br>(este año)  | 2021<br>(próximo año)  |
|---|---|--|
| <p><b>Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p> | <p>Un período de beneficios comienza el primer día en que usted es internado en un hospital o centro de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p> | <p>Estos montos de costo compartido corresponden a 2020 y pueden cambiar en 2021. Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP) proporcionará tarifas actualizadas en cuanto se publiquen.</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día en que usted es internado en un hospital o centro de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p> |

## Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

| Costo  | 2020<br>(este año) | 2021<br>(próximo año)  |
|--|--------------------|--|
| <b>Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b> |                    | *Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0. |

---

### Sección 1.6: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

---

#### Cambios en la Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que aún se encuentre cubierto. **Puede conseguir la Lista de medicamentos *completa*** si llama a Servicios para los Miembros (consulte la portada posterior) o visita nuestro sitio web ([www.elderplan.org](http://www.elderplan.org)).

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos

medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año próximo y para comprobar si existen restricciones.**

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 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 hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para los Miembros.
- **Trabajar con su médico (o 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 médica.**

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 solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe su



## Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento distinto cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, usted podrá solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Los miembros actuales pueden solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia. La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos cuando comienza cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos cuando comienza cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted puede seguir hablando con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Además, seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea tal como estaba programado y proporcionaremos la información adicional

solicitada que refleje los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información acerca de 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 participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no aplique a usted.** Hemos incluido 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 conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en el que se le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este inserto con el paquete, llame a Servicios para los Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono de Servicios para los Miembros.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. El precio que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté. (Para obtener más información sobre las etapas, puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*).

## Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

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 los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*).

## Cambios en la Etapa del deducible

| <b>Etapa</b>   | <b>2020<br/>(este año)</b>  | <b>2021<br/>(próximo año)</b>   |
|--|---|---|
| <p><b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.</p> | <p>El deducible es de \$435.</p> <p>Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0 u \$89, según el nivel de “Ayuda adicional” que usted reciba. (Consulte el inserto aparte, “Cláusula LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p> | <p>El deducible es de \$445.</p> <p>Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0 o \$92, según el nivel de “Ayuda adicional” que usted reciba. (Consulte el inserto aparte, “Cláusula LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p> |

## Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es*

## Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

*posible que usted deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura.*

| <b>Etapa</b>   | <b>2020<br/>(este año)</b>   | <b>2021<br/>(próximo año)</b>  |
|--|--|--|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos de esta sección son para un suministro para un mes (30 días) si usted obtiene su medicamento con receta en una farmacia de la red que ofrece costo compartido estándar.</p> | <p>Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamento de Nivel 1:</b></p> <p><b>Según su “Ayuda adicional”</b></p> <p>Usted paga:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):</p> | <p>Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamento de Nivel 1:</b></p> <p><b>Según su “Ayuda adicional”</b></p> <p>Usted paga:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):</p> |

Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

| Etapa  | 2020<br>(este año)   | 2021<br>(próximo año)  |
|--|--|--|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o los medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> | <p>Copago de \$0 o copago de \$1.30 copago de \$3.60 o el 15% del costo; o 25% del costo</p> <p>Para todos los demás medicamentos:<br/>Copago de \$0 o copago de \$3.90 o copago de \$8.95 o el 15% del costo; o 25% del costo.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p> | <p>Copago de \$0 o copago de \$1.30 copago de \$3.70 o el 15% del costo; o 25% del costo</p> <p>Para todos los demás medicamentos:<br/>Copago de \$0 o copago de \$4.00 o copago de \$9.20 o el 15% del costo; o 25% del costo.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p> |

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

La Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para las personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a ninguna de las dos etapas.**

Si desea obtener información sobre los costos de estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

## **SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir**

---

### **Sección 2.1: Si desea permanecer en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)**

---

**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 antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP).

---

### **Sección 2.2: Si desea cambiar de plan**

---

Esperamos que el año próximo siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar en 2021, siga estos pasos:

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

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare distinto.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021), llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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

A modo de recordatorio, Elderplan Inc. ofrece otros planes de salud 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**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.



## Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- 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, póngase en contacto con Servicios para los Miembros (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
  - *O bien* 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.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

### SECCIÓN 3 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. Los cambios entrarán 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, es posible que 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 puedan realizar un cambio en otros momentos del año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021, y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

### **SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid**

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En New York, el SHIP se denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada.

El HIICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de

## Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HIICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar al HIICAP al (212) 602-4180 (dentro de los distritos) o al 1-800-701-0501 (fuera de los distritos). Puede obtener más información sobre el Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada en su sitio web <https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance>.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de New York State Medicaid, comuníquese con la Línea de ayuda de Medicaid de la HRA del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales) al 1-888-692-6116; los usuarios de TTY pueden llamar al 711, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan la obtención de su cobertura de Medicaid. Para obtener información de contacto específica de cada región del Departamento de Salud del Estado de New York (Oficina de Servicios Sociales), consulte la Sección 6 del Capítulo 2 de la Evidencia de cobertura (EOC) o visite [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm).

## **SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta**

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también denominada Subsidio por bajos ingresos. La Ayuda adicional paga algunas de las primas, los deducibles anuales y los coseguros de los medicamentos con receta. Debido a que usted califica, no tendrá un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda adicional, llame al:
  - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 7 días a la semana, 24 horas al día.
  - 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), o
  - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda desde el programa de asistencia farmacéutica de su estado.** New York cuenta con un programa denominado Cobertura de seguro farmacéutico para personas de edad avanzada (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre

## Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

el programa, comuníquese con EPIC al 1-800-332-3742; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-290-9138, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., o visite el sitio web en [https://www.health.ny.gov/health\\_care/epic/](https://www.health.ny.gov/health_care/epic/).

- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y condición del VIH, comprobante de ingresos bajos según lo definido por el estado y comprobante de estado de sin seguro o infraseguro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) de New York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

### **SECCIÓN 6 Preguntas**

---

#### **Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)**

---

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765. (Solo los usuarios de

## Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. 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 más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org). 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.elderplan.org](http://www.elderplan.org). A modo de recordatorio, 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 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

## Aviso anual de cambios para 2021 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)

---

### **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](http://www.medicare.gov)). Dispone de información sobre el costo, 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 a través de Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para consultar información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)).

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

Puede leer el Manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021). Todos los años, en otoño, se envía este folleto por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare y responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://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.

---

### **Sección 6.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información sobre Medicaid, puede llamar a la Línea de ayuda de Medicaid de la HRA del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales) al 1-888-692-6116. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede visitar [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm).



**Elderplan, Inc.**  
**Aviso sobre no discriminación: la discriminación es ilegal**

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst hace lo siguiente:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles. Si considera que Elderplan/HomeFirst no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

Civil Rights Coordinator  
6323 7<sup>th</sup> Ave  
Brooklyn, NY, 11220  
Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711  
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de derechos civiles está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Servicios de interpretación multilingües

**ATTENTION:** If you speak a non-English language or require assistance in ASL, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Español) **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Chino) **注意:** 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。

(Ruso) **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-353-3765 (телетайп: 711).

(Criollo francés) **ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Coreano) **주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-353-3765 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

(Italiano) **ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Yiddish) **אויפמערקזאם:** אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. 1-800-353-3765 (TTY: 711) רופט.

(Bengali) **লক্ষ্য করুন:** যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-800-353-3765 (TTY: 711)।

(Polaco) **UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Árabe) **ملحوظة:** إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في ASL، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك مجاناً. اتصل برقم 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Francés) **ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-353-3765 (ATS: 711).

(Urdu) **خبردار:** اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-353-3765 (TTY: 711)۔

(Tagalo) **PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Griego) **ΠΡΟΣΟΧΗ:** Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Albanés) **KUJDES:** Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711).