



**Presbyterian Senior Care Plan 3 con medicamentos con receta (HMO)
ofrecido por Presbyterian Health Plan, Inc.**

2022

Aviso anual de cambios



(505) 923-6060
1-800-797-5343
(TTY: 711)



Del 1 de octubre al 31 de marzo:
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de domingo a sábado
Del 1 de abril al 30 de septiembre:
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes



info@phs.org

www.phs.org/Medicare



Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO) ofrecido por Presbyterian Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente está inscrito como miembro del Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO). El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este manual informa de los cambios.*

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

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios son para usted.

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cubrirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Afectan los cambios a los servicios que usted usa?
 - Consulte la sección 2.5 para obtener información sobre los cambios de beneficios y costos de nuestro plan.
- Revise los cambios en el manual de nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si le afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel distinto, con diferentes costos compartidos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la de necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de uso de esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2022 y consulte la sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de bolsillo anuales en todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “dashboards” en el centro del segundo cuadro de “Notice” (Aviso) en la parte de abajo de la página. Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.

Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el año que viene.

- ¿Están sus médicos en nuestra red, incluyendo los especialistas que ve regularmente?
- ¿Y los hospitales u otros proveedores que usa?
- Consulte la sección 2.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.

Piense en los costos generales de su atención médica.

- ¿Cuánto pagará de gastos de bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
- ¿Cuánto pagará por la prima y los deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está contento con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Obtenga información sobre otras opciones de planes.

Verifique la cobertura y los costos de los planes en su zona.

- Use la función de búsqueda personalizada en el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista que aparece en la parte de atrás de su manual *Medicare y Usted de 2022*.
- Consulte la sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Cuando elija el plan que prefiera, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si quiere cambiar de plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, lo inscribirán en el Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO).
- Para cambiarse a un **plan diferente** que cubra mejor sus necesidades, puede cambiar de plan del 15 de octubre al 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan del **15 de octubre al 7 de diciembre de 2021**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, lo inscribirán en el Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Lo darán de baja automáticamente de su plan actual.

Otros recursos

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian (servicio de atención al cliente) llamando al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). Nuestro horario de atención es de domingos a sábados de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Si llama del **1 de abril al 30 de septiembre**, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto los días feriados).
- El Servicio al Cliente tiene servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
- Esta información está disponible en otros formatos. Comuníquese con el plan para obtener más información.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida de la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sobre el Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO)

- Presbyterian Senior Care (HMO) es un plan de Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare. La inscripción en el Presbyterian Senior Care (HMO) depende de la renovación del contrato.
 - En este manual, “nosotros” o “nuestro” hacen referencia a Presbyterian Health Plan, Inc., y “plan” o “nuestro plan” hacen referencia al Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO).
-

Resumen de costos importantes para 2022

En el cuadro de abajo se comparan los costos de 2021 y 2022 del Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. También puede llamar al servicio de atención al cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la sección 2.1 para obtener más información).	\$120	\$120
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 2.2 para obtener más información).	\$3,000	\$3,000
Visitas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: Usted paga \$5 de copago por consulta. Consultas con un especialista: Usted paga \$40 de copago por consulta.	Consultas de atención primaria: Usted paga \$5 de copago por consulta. Consultas con un especialista: Usted paga \$40 de copago por consulta.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios para condiciones graves, rehabilitación, atención de largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados empieza el día en que lo hospitalizan formalmente con una orden del médico. El día antes del alta es su último día de hospitalización.</p>	<p>Por ingreso, usted paga: \$225 de copago por día para los días 1-5.</p> <p>(Sin costo para el resto de su hospitalización)</p>	<p>Por ingreso, usted paga: \$225 de copago por día para los días 1-5.</p> <p>(Sin costo para el resto de su hospitalización)</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le enviaremos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la parte de atrás de este manual).</p> <p>(Consulte la sección 2.6 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 • Nivel 2 de medicamentos: \$10 • Nivel 3 de medicamentos: \$45 • Nivel 4 de medicamentos: \$95 • Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 • Nivel 2 de medicamentos: \$10 • Nivel 3 de medicamentos: \$45 • Nivel 4 de medicamentos: \$95 • Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1: Si no elige otro plan, lo inscribirán automáticamente en el Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO) en 2022	4
SECCIÓN 2: Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	4
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual.....	4
Sección 2.2: Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo.....	5
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias	6
Sección 2.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	6
Sección 2.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D	9
SECCIÓN 3: Cómo decidir qué plan elegir	12
Sección 3.1: Si quiere seguir en el Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO).....	12
Sección 3.2: Si quiere cambiar de plan	12
SECCIÓN 4: Plazo para cambiar de plan	13
SECCIÓN 5: Programas que tienen orientación gratuita sobre Medicare	13
SECCIÓN 6: Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta.....	14
SECCIÓN 7: ¿Tiene preguntas?	15
Sección 7.1: Cómo recibir ayuda del Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO)	15
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	15

SECCIÓN 1: Si no elige otro plan, lo inscribirán automáticamente en el Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO) en 2022

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare antes del 7 de diciembre de 2021, lo inscribiremos automáticamente en nuestro Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2022, recibirá su cobertura médica y de medicamentos con receta mediante nuestro plan. Si quiere, puede cambiarse a otro seguro médico de Medicare. También puede cambiarse a Medicare Original. Si quiere cambiar de plan, puede hacerlo del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si es elegible para recibir la “Ayuda adicional”, puede cambiar de plan en otro momento.

La información en este documento le informa de las diferencias entre sus beneficios actuales en el Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO) y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2022 como miembro del Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO).

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

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$120	\$120
Cobertura dental complementaria opcional La prima de este plan se le aplica a usted solo si se inscribe en nuestro Plan Dental Integral.	\$19	\$9

- La prima mensual de su plan será mayor si usted debe pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) por 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad extra cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

- Su prima mensual será menor si está recibiendo la “Ayuda adicional” para los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la sección 6 sobre la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 2.2: Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes médicos limiten los “gastos de bolsillo” que usted deberá pagar en el año. Este límite se llama “cantidad máxima de gastos de bolsillo”. Una vez que alcance esta cantidad, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan como parte de la cantidad máxima de gastos de bolsillo. La prima de su plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.	\$3,000	\$3,000 Cuando haya pagado \$3,000 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay una copia actualizada del *Directorio de proveedores* en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. También puede llamar al servicio de atención al cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*. **Revise el Directorio de proveedores de 2022 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay muchos motivos por los que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie en el año, debemos darle acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con una antelación mínima de 30 días que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo para elegir a un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir a un nuevo proveedor calificado para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.

- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a pedir que el tratamiento médicamente necesario que usted esté recibiendo no se interrumpa, y nosotros nos aseguraremos de que así sea.
- Si usted cree que no le hemos facilitado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención médica no está siendo administrada apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor que se encargue de su atención.

Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que usted use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay una copia actualizada del *Directorio de proveedores* en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. También puede llamar al servicio de atención al cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*. **Revise el *Directorio de proveedores de 2022* para saber qué farmacias están en nuestra red.**

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

Cambiaremos nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La información de abajo describe estos cambios. Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, de su *Evidencia de cobertura de 2022*.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Plan Dental Integral</p> <p>Nuestro Plan Dental Integral opcional es adicional al Plan Dental Básico en el que lo inscribirán automáticamente.</p> <p>El Plan Dental Integral da beneficios dentales que no están cubiertos por Medicare Original.</p>		

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Plan Dental Integral (continúa)		
<ul style="list-style-type: none"> El beneficio máximo por año calendario no está sujeto a los gastos de bolsillo máximos del plan, y se basa en lo que usted y su plan pagan por los servicios dentales. 	\$3,000	\$4,000
<ul style="list-style-type: none"> No hay deducibles ni período de espera. 		
<ul style="list-style-type: none"> Empastes, extracciones y ajustes/reparaciones de dentaduras postizas. 	Usted paga del 20 % al 50 % de coseguro.	Usted paga del 20 % al 50 % de coseguro.
<ul style="list-style-type: none"> Tratamientos de restauración mayores (por ejemplo, coronas, puentes, endodoncia, dentaduras postizas, periodoncia, implantes y anestesia). 	Cobertura para implantes	Los implantes no están cubiertos
<p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> (capítulo 4, sección 2.2) para obtener información sobre las cantidades de los beneficios, deducibles y coseguros.</p>		
<p>Si quiere estos beneficios dentales complementarios opcionales, debe inscribirse y pagar una prima mensual extra. Le enviaremos información por correo en octubre y también puede comunicarse con el servicio de atención al cliente. (Los números de teléfono están en la sección 7.1 de este manual).</p>	Prima mensual del beneficio dental complementario opcional: \$19	Prima mensual del beneficio dental complementario opcional: \$9
<p>Puede inscribirse en el Plan Dental Completo en cualquier momento, y su cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Si se da de baja del plan integral, no podrá volver a inscribirse hasta el próximo año.</p>		

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Servicios de médicos/proveedores de asistencia médica, incluyendo las visitas en el consultorio del médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones individuales y grupales para servicios especializados de salud mental, psiquiátricos y de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios, incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios del médico de atención primaria (PCP)/otros profesionales de atención médica, servicios de especialistas • Servicios urgentemente necesarios <p>Usted tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o por telesalud.</p> <p>Si quiere recibir uno de estos servicios por telesalud, debe hacer una consulta con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud.</p>	<p>Los costos compartidos para estos tipos de servicios de telesalud son los mismos que los de los servicios prestados en persona.</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>Atención de la vista</p> <p>Anteojos de rutina (monturas, lentes, lentes de contacto y pruebas de lentes de contacto)</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>Asignación de \$250 por año</p>

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama “Formulario” o “Lista de medicamentos”. Se da una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios 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 próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

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

- **Colaborar con su médico (u otro profesional que le recete medicamentos) para pedir al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Animamos a los miembros actuales** a pedir una excepción antes del próximo año.
 - Para saber lo que debe hacer para pedir 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 al servicio de atención al cliente.
- **Colaborar con su médico (u otro profesional que le recete medicamentos) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar al servicio de atención al cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica.

En algunas situaciones, nos exigen que cubramos un suministro temporal de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de inscripción para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, consulte el capítulo 5, sección 5.2, de la *Evidencia de cobertura*). En el tiempo en que obtenga un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual.

Si recibió una excepción al formulario en 2021, deberá presentar una nueva solicitud para 2022.

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

Cuando hacemos estos cambios en la Lista de medicamentos en el año, puede seguir colaborando con su médico (u otro profesional que le recete medicamentos) para pedirnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y daremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte el capítulo 5, sección 6, de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si usted está inscrito en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un documento separado, llamado “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Evidencia de cláusula adicional de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta (también llamado “Low Income Subsidy Rider” [Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos] o “LIS Rider” [Cláusula LIS]), que le informa de los costos de sus medicamentos. Si usted recibe la “Ayuda Adicional” y si no ha recibido este documento antes del 1 de octubre de 2021, llame al servicio de atención al cliente y pida la “Cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La cantidad que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté. (Puede consultar el capítulo 6, sección 2, de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información de abajo muestra 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 sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*, que está en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. También puede llamar al servicio de atención al cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (el 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 costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el capítulo 6, sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que usted podría tener que pagar por los medicamentos cubiertos*, de su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos de esta fila corresponden a un suministro para un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que tiene costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos por un suministro de largo plazo para recetas médicas de pedido por correo, consulte el capítulo 6, sección 5, de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos: Usted paga \$10 por receta médica.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$45 por receta médica.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: Usted paga \$95 por receta médica.</p> <p>Nivel de medicamentos de especialidad: Usted paga el 33 % del total del costo de la receta médica.</p> <hr/> <p>Usted paga \$35 por insulinas selectas.</p> <hr/> <p>Cuando los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa sin cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos: Usted paga \$10 por receta médica.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$45 por receta médica.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: Usted paga \$95 por receta médica.</p> <p>Nivel de medicamentos de especialidad: Usted paga el 33 % del total del costo de la receta médica.</p> <hr/> <p>Usted paga \$35 por insulinas selectas.</p> <hr/> <p>Cuando los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa sin cobertura y Etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica) son para personas con altos costos de medicamentos. Durante la Etapa sin cobertura, los gastos de bolsillo para insulinas selectas serán de \$35. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa sin cobertura ni a la Etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3: Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si quiere seguir en el Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO)

Para seguir en nuestro plan no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, lo inscribirán automáticamente en nuestro Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO) para 2022.

Sección 3.2: Si quiere cambiar de plan

Esperamos tenerlo como miembro el próximo año, pero, si usted quiere cambiar para 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Sepa y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro seguro médico de Medicare en el momento oportuno.
- *O* puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 2.1 para obtener información sobre una posible penalización por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte el manual *Medicare y Usted de 2022*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la sección 6) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

También puede obtener información de los planes en su área usando el buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí hay información de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Recuerde que Presbyterian Health Plan, Inc. tiene otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro seguro médico de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Lo darán de baja automáticamente del Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO).

- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Lo darán de baja automáticamente del Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comunicarse con el servicio de atención al cliente para obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están en la sección 7.1 de este manual).
 - *O* comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4: Plazo para cambiar de plan

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

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras fechas. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellas que reciben la “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o dejarán la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio podrían tener autorización para hacer un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

Si usted se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro seguro médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) del 1 de enero al 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, sección 2.2, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5: Programas que tienen orientación gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados. En Nuevo México, el SHIP es conocido como “Servicios de Largo Plazo para Adultos Mayores en Nuevo México”.

Los Servicios de Largo Plazo para Adultos Mayores en Nuevo México son independientes (no tienen conexión con ninguna compañía de seguros ni plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación local **gratis** sobre el seguro médico a personas que tienen Medicare. Los consejeros de los Servicios de Largo Plazo para Adultos Mayores en Nuevo México pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare. Ellos pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de planes. Puede comunicarse con los Servicios de Largo Plazo para Adultos Mayores en Nuevo México llamando al 1-800-432-2080 o TTY (505) 476-4937. Para obtener más

información de los Servicios de Largo Plazo para Adultos Mayores en Nuevo México, visite su sitio web (www.nmaging.state.nm.us/).

SECCIÓN 6: Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir la “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán una interrupción de la cobertura ni una penalización por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para saber si califica:
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre 7 a. m. y 7 p. m. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - Llame a su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
 - **Ayuda para el pago de costos compartidos de recetas médicas para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tengan VIH/sida tengan acceso a medicamentos vitales para el VIH. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia y condición de VIH del Estado, bajos ingresos según lo definido por el Estado, y condición de no aseguradas/sin seguro suficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que el ADAP también cubre califican para la asistencia para costos compartidos de los medicamentos con receta del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida del Departamento de Salud de Nuevo México:

New Mexico Department of Health AIDS Drug Assistance Program (ADAP)
1190 S. St. Francis Dr.
Santa Fe, NM 87502

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida del Departamento de Salud de Nuevo México al (505) 827-2435.

SECCIÓN 7: ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda del Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Comuníquese con el servicio de atención al cliente llamando al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343. (Únicamente para TTY, llame al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas de domingos a sábados de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Si llama del **1 de abril al 30 de septiembre**, el horario del servicio de atención al cliente es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto los días feriados). Las llamadas a estos teléfonos son gratis.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2022* (tiene información sobre los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2022* para el Presbyterian Senior Care Plan 3 with Rx (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. También puede llamar al servicio de atención al cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare. Puede encontrar información de los planes en su área usando el buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea el manual *Medicare y Usted de 2022*

Puede leer el manual *Medicare y Usted de 2022*. Cada año en otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Información sobre cuidados de hospicio

Para obtener más información sobre la coordinación de su programa de cuidados paliativos y de hospicio, comuníquese con nuestro Departamento de Coordinación de la Atención (Care Coordination Department) llamando al (505) 923-8858 o al 1-866-672-1242 (TTY 711).