



Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)
prestado por Presbyterian Health Plan, Inc.

2022

Aviso Anual de Cambios



(505) 923-7675
1-855-465-7737
(TTY: 711)



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



info@phs.org

www.phs.org/Medicare



Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) de Presbyterian Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2022

Identificación del contrato: H3204-013-004

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa de los cambios.*

Lo que debe hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios le aplican

- ☐ Revise los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura para asegurarse de que cumplirá 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 el folleto para consultar los cambios a nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la de necesitar nuestra aprobación antes de surtir la 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 podrían estar disponibles para usted; esto podría ahorrarle costos de bolsillo durante todo el año. Para obtener más

información sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.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 próximo año.
 - ¿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:** infórmese 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 www.medicare.gov/plan-compare.
 - Lea la lista en la parte de atrás de la guía *Medicare y usted 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, quedará inscrito en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- Si quiere **cambiar a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Vea la Sección 3.2 (página 14) para obtener más información sobre sus opciones.

4. **INSCRÍBASE:** para cambiar de plan, inscríbase 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, quedará inscrito en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- Si se inscribe en otro plan entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Se le dará de baja automáticamente de su plan actual.

Otros recursos

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente Presbyterian (servicio de atención al cliente) llamando al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 para obtener más información. (Los usuarios de TTY, deben llamar al 711). Nuestro horario es de domingos a sábados de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Si llama **de abril al 30 de septiembre**, nuestros horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos).
- 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 información.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de 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 Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

- Presbyterian Dual Plus es un Plan de Necesidades Especiales HMO (Special Needs Plan, SNP) con un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Nuevo México (State of New Mexico Human Services Department). La inscripción en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.
 - Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Presbyterian Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
-

Resumen de costos importantes para 2022

La tabla de abajo compara los costos de los años 2021 y 2022 para Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 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*.

Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare por Medicaid, pagará \$0 por su deducible, las visitas en el consultorio y las estancias como paciente hospitalizado.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$28.20	\$34.30
*La prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la sección 2.1 para obtener más información).	Según su nivel de subsidio por bajos ingresos, Medicare podría pagar la prima de su plan.	Según su nivel de subsidio por bajos ingresos, Medicare podría pagar la prima de su plan.
Deducible	Su deducible para 2021 fue de \$203. (Según su nivel de asistencia mediante el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México).	Su deducible para 2022 es de \$203. Se le avisará si Medicare cambia esta cantidad para 2022. \$0 si está inscrito en Medicaid como beneficiario calificado de Medicare (QMB) o si está inscrito en Medicaid con todos los beneficios (no QMB). Los gastos de bolsillo dependerán de su nivel de asistencia mediante el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Visitas en el consultorio	Visitas de atención primaria: Usted paga entre 0 % y 20 % por visita Visitas con un especialista: Usted paga entre 0 % y 20 % por visita	Visitas de atención primaria: Usted paga entre 0 % y 20 % por visita Visitas con un especialista: Usted paga entre 0 % y 20 % por visita
Hospitalizaciones Incluye a pacientes hospitalizados con condiciones graves, pacientes hospitalizados en 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.	Por cada ingreso, usted paga: \$1,484 por cada período de beneficios. 1 a 60 días: \$0 de copago 61 a 90 días: \$371 de copago 91 días y más: \$742 de copago (Según su nivel de asistencia mediante el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México).	Por cada ingreso, usted paga: \$1,484 por cada período de beneficios. 1 a 60 días: \$0 de copago 61 a 90 días: \$371 de copago 91 días y más: \$742 de copago (Según su nivel de asistencia mediante el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México). Se le avisará si Medicare cambia esta cantidad para 2022.

Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

(Consulte la Sección 2.6 para obtener más información).

El deducible y el costo compartido se basan en su nivel de “Ayuda adicional”. Revise nuestra “Cláusula LIS” para obtener información sobre su costo compartido específico.

Si usted califica para recibir la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de sus costos de medicamentos con receta

Deducible:

- \$0 o
- \$92

Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos):

- \$0 de copago;
- O \$1.30 de copago;
- O \$3.70 de copago;
- O 15 % de coseguro

Para todos los demás medicamentos cubiertos:

- \$0 de copago;
- O \$4.00;
- O \$9.20;
- O 15 % de coseguro

Si usted no califica para recibir la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de sus costos de medicamentos con receta

Deducible: \$445

Usted paga el 25 % del costo total de sus medicamentos.

El deducible y el costo compartido se basan en su nivel de “Ayuda adicional”. Revise nuestra “Cláusula LIS” para obtener información sobre su costo compartido específico.

Si usted califica para recibir la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de sus costos de medicamentos con receta

Deducible:

- \$0 o
- \$99

Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos):

- \$0 de copago;
- O \$1.35 de copago;
- O \$3.95 de copago;
- O 15 % de coseguro

Para todos los demás medicamentos cubiertos:

- \$0 de copago;
- O \$4.00;
- O \$9.85;
- O 15 % de coseguro

Si usted no califica para recibir la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de sus costos de medicamentos con receta

Deducible: \$480

Usted paga el 25 % del costo total de sus medicamentos.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continúa)		• Nivel 1 de medicamentos: \$0 • Nivel 2 de medicamentos: \$10 • Nivel 3 de medicamentos: \$45 • Nivel 4 de medicamentos: 45 % de coseguro • Nivel 5 de medicamentos: 25 % de coseguro
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).	\$7,550 Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo de la cantidad máxima de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Si es elegible para recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare según Medicaid, no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo de la cantidad máxima de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$7,550 Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo de la cantidad máxima de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Si es elegible para recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare según Medicaid, no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo de la cantidad máxima de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) en 2022.....	6
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual	6
Sección 2.2: Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo.....	6
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores	7
Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias	8
Sección 2.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 2.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	9
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 3.1: Si quiere permanecer en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).....	14
Sección 3.2: Si quiere cambiarse de plan	14
SECCIÓN 4 Cambio de plan.....	15
SECCIÓN 5 Programas que dan orientación gratis sobre Medicare y Medicaid ..	15
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta	16
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	17
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)	17
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	17
Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid	18

SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) en 2022

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare en 2021, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2022, recibirá la cobertura médica y de medicamentos con receta a través de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Si quiere, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare. También puede cambiar a Medicare Original y obtener su cobertura de medicamentos por medio de un Plan de medicamentos con receta. Si quiere cambiar, puede hacerlo hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2022.

La información en este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) y los beneficios que recibirá a partir del 1 de enero de 2022 como miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).

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

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual	\$28.20	\$34.30
Debe continuar pagando las primas de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid las pague por usted.	Según su nivel de subsidio por bajos ingresos, Medicare podría pagar la prima de su plan.	Según su nivel de subsidio por bajos ingresos, Medicare podría pagar la prima de su plan.

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

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted debe pagar “de gastos de bolsillo” durante 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 (próximo año)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo	\$7,550	\$7,550
Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo de la cantidad máxima de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Si es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo de la cantidad máxima de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.	Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.	Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante 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 sepa que es posible que hagamos cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay muchas razones por las que el proveedor podría dejar el plan, pero si el médico o el especialista deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante 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 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, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o su especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para que administre 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 use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se 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 ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en los beneficios y costos de Medicare.

Vamos a cambiar nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el próximo año. La información de abajo describe estos cambios. Para obtener información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, “*Medical Benefits Chart (what is covered and what you pay)*” [Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)], en su *Evidencia de cobertura* de 2022. 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 (próximo año)
Artículos de venta libre (Over-the-counter, OTC)		
Productos de venta libre sin receta aprobados por el plan:	Asignación de beneficio trimestral de \$275 (\$1,100 al año)	Asignación de beneficio trimestral de \$305 (\$1,220 al año)
Usted recibirá una tarjeta de débito OTC que puede usar para comprar medicamentos sin receta y productos relacionados a la salud.	Tiene las siguientes opciones para comprar sus suministros: - En tiendas participantes usando su tarjeta de débito - En línea usando el siguiente portal web: www.nationsotc.com - Por teléfono llamando al: 1-833-SHOP-OTC (1-833-746-7682)	Empezando el 1 de enero de 2022, usted tiene las siguientes opciones para comprar sus suministros: - En tiendas participantes usando su tarjeta de débito - En línea usando el siguiente portal web: www.conveybenefits.com/Presbyterian - Por teléfono llamando al: 1-855-858-5937
Cualquier saldo que no se use se transfiere al final del año.		

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”. Recibirá una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico.

Hemos hecho 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 se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Colaborar con su médico (u otro proveedor que 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 proveedor que recete) 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, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en la lista en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de su membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período 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 y que cubra su medicamento actual.

Si recibió una excepción a la lista de medicamentos cubiertos 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, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, puede seguir colaborando con su médico (u otro proveedor que recete) 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 necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podríamos hacer 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 está 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 enviaremos un documento por separado, llamado “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula de la evidencia de cobertura para las 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 los 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 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 la Sección 2 del Capítulo 6 de la *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: período sin cobertura y etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus 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

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el deducible anual.	La cantidad de su deducible anual es de \$0, \$92 o \$445, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Consulte “Cláusula LIS” para obtener información sobre la cantidad de su deducible).	La cantidad de su deducible anual es de \$0, \$99 o \$480, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Consulte “Cláusula LIS” para obtener información sobre la cantidad de su deducible).

Cambios en el costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos de bolsillo que usted podría tener que pagar por los medicamentos cubiertos*, de su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: etapa de cobertura inicial Una vez que paga el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de los medicamentos que les corresponde a ellos y usted paga la parte del costo que le corresponde a usted.	El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”. Revise nuestra “Cláusula LIS” para obtener información sobre su costo compartido específico. Si usted califica para la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de sus costos de medicamentos con receta Deducible: • \$0 o • \$92 Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos): • \$0 de copago; • O \$1.30 de copago; • O \$3.70 de copago; • O 15 % de coseguro Para todos los demás medicamentos cubiertos: • \$0 de copago; • O \$4.00; • O \$9.20; • O 15 % de coseguro	El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”. Revise nuestra “Cláusula LIS” para obtener información sobre su costo compartido específico. Si usted califica para la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de sus costos de medicamentos con receta Deducible: • \$0 o • \$99 Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos): • \$0 de copago; • O \$1.35 de copago; • O \$3.95 de copago; • O 15 % de coseguro Para todos los demás medicamentos cubiertos: • \$0 de copago; • O \$4.00; • O \$9.85; • O 15 % de coseguro

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continúa) Los costos en esta línea son para un mes (30 días) de suministro cuando surta su receta en una farmacia de la red que tenga costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos para obtener medicamentos con receta por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>. Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	Si usted no califica para recibir la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de sus costos de medicamentos con receta Deducible: \$445 Usted paga el 25 % del costo total de sus medicamentos. Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura).	Si usted no califica para recibir la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de sus costos de medicamentos con receta Deducible: \$480 • Nivel 1 de medicamentos: \$0 • Nivel 2 de medicamentos: \$10 • Nivel 3 de medicamentos: \$45 • Nivel 4 de medicamentos: 45 % de coseguro • Nivel 5 de medicamentos: 25 % de coseguro Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).

Cambios en las etapas de período sin cobertura y de cobertura catastrófica

Las etapas de período sin cobertura y de cobertura catastrófica son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a ninguna de las dos etapas.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si quiere permanecer en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Para seguir en nuestro plan no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o si no se cambia a Medicare Original, quedará inscrito automáticamente en nuestro Presbyterian Dual Plus 2022 (HMO D-SNP).

Sección 3.2: Si quiere cambiarse de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan médico de Medicare distinto,
- --O-- Puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea la guía *Medicare y usted 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 sobre 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 sobre 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 un plan médico de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se le dará la baja de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se le dará la baja de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:

- Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comunicarse con el servicio de atención al cliente para obtener más información de cómo hacer esto (los teléfonos están en la sección 7.1 de este folleto).
- 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambio 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.

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 plan 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) entre 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que dan orientación gratis sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre el 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 seguros médicos a personas con Medicare. Los consejeros de los Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México pueden ayudarlo con sus preguntas o con sus problemas con Medicare. Ellos pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a los Servicios de Largo Plazo para Adultos Mayores en Nuevo México 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/).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Centennial Care (Medicaid) de Nuevo México, comuníquese con ellos llamando al 1-888-997-2583 (TTY 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (cerrado los fines de semana y días festivos). Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Centennial Care (Medicaid) de Nuevo México.

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.** Como tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también llamada subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Como usted califica, no tendrá ningún período sin cobertura ni multas por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, 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 7:00 a. m. y 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes) o
 - A su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia para el pago de costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas que tienen VIH/SIDA y que son elegibles para el programa tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo un comprobante de residencia en el estado y de su situación de VIH, comprobante de bajos ingresos según lo define el Estado, y su situación persona sin seguro/con cobertura de seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que ADAP también cubre, califican para la asistencia de costos compartidos para los medicamentos con receta del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA del Departamento de Salud de Nuevo México. El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA del Departamento de Salud de Nuevo México está en:

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

Para obtener más información de los criterios de elegibilidad o de 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 obtener ayuda de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a nuestro servicio de atención al cliente al (505) 923-7675 o 1-855-465-7737. (Los usuarios de TTY, deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de domingo a sábado de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si llama del **1 de abril al 30 de septiembre**, nuestros horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos). 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 Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). 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. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y de 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 del costo, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare. Puede encontrar información sobre 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 Medicare y usted 2022

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

Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de New Mexico Centennial Care (Medicaid), puede llamarlos al 1-888-997-2583. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.