Plus (HMO) ofrecido por CCA Health California

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente está inscrito como miembro de Plus. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este documento describe los cambios.*

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

Qué debe hacer ahora

1. **PREGUNTAR:** Qué cambios se aplican a usted

☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.

- Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
- ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
- Consulte las Secciones 1 y 2 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

☐ Verifique los cambios en el documento respecto de nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan.

- ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
- ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como necesitar nuestra aprobación antes de obtenerlo?
- ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
- Revise la Lista de medicamentos para 2022 y consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener

OMB Approval 0938-1051 (Vencimiento: 29 de febrero de 2024)

más información sobre los precios de los medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices, y haga clic en el enlace "cuadros" en el centro de la segunda Nota hacia la parte inferior de la página. Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

☐ Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas a los que consulta regularmente, en nuestra red?
- ¿Qué ocurre con los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
- Consulte la Sección 2.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores.

☐ Piense acerca de los costos generales de atención médica.

- ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
- ¿Cuánto dinero gastará en las primas y en los deducibles?
- ¿Qué diferencias hay entre los costos totales del plan y otras opciones de cobertura de Medicare?

☐ Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARAR: Obtenga información sobre otras opciones de planes

☐ Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Utilice la función de búsqueda personalizada en el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en la página web www.medicare.gov. Haga clic en "Find health & drug plans" (Buscar planes de salud y medicamentos).
- Revise la lista en la parte posterior de su manual Medicare & You (Medicare y usted).
- Consulte la Sección 4.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

☐ Una vez que haya reducido sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en la página web del plan.

3. ELEGIR: Decida si desea cambiar su plan

- Si desea **conservar** *Plus*, no necesita hacer nada. Usted permanecerá en *Plus*.
- Para cambiar a un **plan diferente** que podría satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**
   - Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, permanecerá en Plus.
   - Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022.**

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible de manera gratuita en español, y vietnamita.
- Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros al 1-866-333-3530. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera de nuestro horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.
- Esta información está disponible en formatos alternativos, como letra grande, CD de audio u otros formatos alternativos. Llame a Servicios para los miembros si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura de este plan reúne los requisitos como cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Plus

- CCA Health California es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en CCA Health depende de la renovacióndel contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a CCA Health California. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Plus.

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para *Plus* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web en https://www.ccahealthca.org/. También puederevisar la *Evidencia de cobertura* que se envía aparte para saber si otros cambios en los beneficioso costos lo afectan. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.1.	$31.50	$33.10
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).	$7,550	$7,550
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: $0 por visita Visitas al especialista: $0 por visita	Visitas de atención primaria: $0 por visita Visitas al especialista: $0 por visita
Hospitalizaciones Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes hospitalizados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados 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 hospitalizado.	Deducible de $ 1,408 para los días 1 a 60 Copago de $ 352 por día para los días 61-90 Estos son montos de costos compartidos de 2020 y pueden cambiar para 2021. Proporcionaremos tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.	Deducible de $ 1,484 para los días 1 a 60 Copago de $ 371 por día para los días 61-90 Estos son montos de costos compartidos de 2021 y pueden cambiar para 2022. Proporcionaremos tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener más detalles).	Deducible: $445 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Copago / coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Nivel de medicamentos 1: (genérico preferido) $ 0 por receta. • Nivel de medicamento 2: (Genérico) 25% del costo total. • Nivel de medicamentos 3: (Marca preferida) 25% del costo total. • Nivel 4 de medicamentos: (marca no preferida) 25% del costo total. • Nivel de medicamentos 5: (Nivel de especialidad) 25% del costo total.	Deducible: $480 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Copago / coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Nivel de medicamentos 1: (genérico preferido) $ 0 por receta. • Nivel de medicamento 2: (Genérico) 25% del costo total. • Nivel de medicamentos 3: (Marca preferida) 25% del costo total. • Nivel 4 de medicamentos: (marca no preferida) 25% del costo total. • Nivel de medicamentos 5: (Nivel de especialidad) 25% del costo total.

Aviso anual de cambios para 2022
Índice

Resumen de costos importantes para 2022 1

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en Plus 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 el monto máximo que paga de su bolsillo 4

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores 5

Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias 5

Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 6

Sección 2.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 8

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir 11

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Plus 11

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan 11

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan 12

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 13

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 13

SECCIÓN 7 Preguntas 14

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Plus 14

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 14

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en Plus en 2022

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare antes del 7 de diciembre de 2022, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan Plus. Esto significa que a partir del 1 de enero de 2022, recibirá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Plus. Si lo desea, puede cambiar a un plan de salud de Medicare diferente. También puede cambiarse a Medicare Original. Si desea cambiar de plan, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para la Ayuda adicional, es posible que pueda cambiar de plan en otros momentos.

La información de este documento le informa sobre las diferencias entre sus beneficios actuales en Plus y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2022 como miembro de Plus.

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

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	$31.50	$33.10

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por quedarse sin otra cobertura para medicamentos tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta.

Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo **Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.** Los **costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.**	$7,550	$7,550 Una vez que haya pagado $7,550 de su bolsillo por los 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 por el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestra página, https://www.ccahealthca.org, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Revise el Directoriode proveedores de 2022 para verificar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red**.

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista dejan de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red pueden cambiar durante el año, nosotros debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Realizaremos un esfuerzo de buena fe por enviarle, al menos 30 días antes, un aviso en el cual se le explicará que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestra página, https://www.ccahealthca.org, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias por correo. **Revise el Directorio defarmacias de 2022 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red**.

Servicios del programa de tratamiento para opioides

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

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

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

Vamos a cambiar nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2022.*

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Visión, no Medicare cubierto (obtenido de un proveedor de red)	Monturas y lentes estándar (monofocales, bifocales alineados, trifocales alineados, lentes lenticulares) cubiertos por completo una vez cada 24 meses de la colección de monturas de anteojos Genesis (disponible solo a través de un proveedor de la red VSP Vision Care). La montura y los lentes (monofocales, bifocales alineados, trifocales alineados, lentes lenticulares) están cubiertos hasta una asignación minorista de $ 50 cuando se seleccionan fuera de la colección de gafas Genesis. Refracciones cubiertas cada 24 meses Las actualizaciones de lentes ya no están cubiertas.	Copago de $0 por hasta un examen de la vista de rutina por año. Copago de $ 0 (cobertura completa) para lentes y monturas una vez cada 24 meses de nuestra colección Genesis preferida. Límite de cobertura del plan de $ 50 para anteojos (lentes y marcos) cada 24 meses fuera de la colección de anteojos Genesis. Copago de $ 0 hasta un límite de cobertura del plan de $ 200 por un par de lentes de contacto cada 24 meses *Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles.
Artículos de venta libre	Este beneficio tiene un monto máximo de cobertura de $40 cada tres meses. El beneficio se limita a los artículos en el Catálogo de Beneficios OTC. El catálogo está disponible en papel y en línea.	Este beneficio tiene un monto máximo de cobertura de $55 cada tres meses. El beneficio se limita a los artículos en el Catálogo de Beneficios OTC. El catálogo está disponible en papel y en línea.
Servicios odontológicos	**Servicios preventivos** Copago de $0 Servicios dentales brindados a través de Delta Dental. Consulte el folleto para conocer los montos exactos de costos compartidos para los servicios dentales.	**Servicios preventivos** Copago de $0 Los servicios dentales se brindan con una tarifa por servicio. Se aplican limitaciones a los siguientes servicios: - Alas de mordida: cuatro imágenes radiográficas - limitado a 1 serie cada 6 meses - Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas - limitada a 1 serie cada 24 meses

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos de manera electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta, puede hacer lo siguiente:

- **Hablar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** que soliciten 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 un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])* o llame a Servicios para los miembros.
- **Hablar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunos casos, se nos exige cubrir un suministro temporal de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de membresía para evitar un período sin cobertura en el tratamiento.

Para los miembros actuales cuyo medicamento ya no esté cubierto en el formulario, CCA Health cubriráun suministro de transición del medicamento para 30 días si el miembro ha obtenido un resurtido en los últimos 120 días. Los medicamentos que ya no estén en el formulario porque se encuentra disponible una versión genérica no reúnen los requisitos para un suministro de transición. Los miembros que reciban medicamentos como resultado de una excepción aprobada al formulario recibieron una carta en la que se les informaba el vencimiento de la excepción. Revise la notificación sobre la excepción al formulario que le envió CCA Health .

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

A partir de 2022, podemos eliminar inmediatamente de nuestra Lista de medicamentos un medicamento de marca si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en uno menor y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca que es sustituido o cambia a un nivel de costo compartido más alto, ya no recibirá siempre un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni recibirá un suministro para un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando un

medicamento de marca, igualmente recibirá información sobre el cambio específico que hemos realizado, pero puede llegar después de que se realice el cambio.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede hablar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos 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 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 lo 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 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 conocido como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe "Ayuda adicional" y no recibió este inserto antes del 30 de septiembre, póngase en contacto con Servicios para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS". En la Sección 8.1 de este documento, encontrará los números de teléfono de Servicios para los miembros.

Existen cuatro "etapas de pago de los medicamentos". La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentre (puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa 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 las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestra página web en www.ccahealthca.org). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	El deducible es $ 445. Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de $ 0 por los medicamentos en los Niveles 1 y el costo total de los medicamentos en los Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.	El deducible es $ 480. Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de $ 0 por los medicamentos en los Niveles 1 y el costo total de los medicamentos en los Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.

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

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y **usted paga su parte del costo.**	Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: Copago / coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Nivel de medicamentos 1: (genérico preferido) $ 0 por receta. • Nivel de medicamento 2: (Genérico) 25% del costo total. • Nivel de medicamentos 3: (Marca preferida) 25% del costo total. • Nivel 4 de medicamentos: (marca no preferida) 25% del costo total. • Nivel de medicamentos 5: (Nivel de especialidad) 25% del costo total.	Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: Copago / coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Nivel de medicamentos 1: (genérico preferido) $ 0 por receta. • Nivel de medicamento 2: (Genérico) 25% del costo total. • Nivel de medicamentos 3: (Marca preferida) 25% del costo total. • Nivel 4 de medicamentos: (marca no preferida) 25% del costo total. • Nivel de medicamentos 5: (Nivel de especialidad) 25% del costo total.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación) Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (*30* días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos por un suministro a largo plazo o por medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*. **Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.**	Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los $ 4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura). O ha pagado $ 6,550 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).	Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los $ 4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura). O ha pagado $ 7,050 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).

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

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos (la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) son para personas que tienen costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa del período sin cobertura ni la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Plus

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se registra para un plan diferente ni se cambia a Medicare Original hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2022.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si desea cambiar para 2022, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare de manera oportuna,
- *O BIEN* puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una posible multa 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 & You 2022* (Medicare y usted 2022), llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área a través del Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en página web de Medicare. Visite https://www.medicare.gov y haga clic en "Find health & drug plans" (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, CCA Health California ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otrosplanes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el plan nuevo. Su inscripción en *Plus* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en *Plus* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, tiene las siguientes posibilidades:
    - Envíenos 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 8.1 de este documento encontrará los números de teléfono).
    - *O bien* póngase en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, quienes reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, quienes tienen o abandonan la cobertura del empleador y quienes se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En *California*, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP).

El Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP) es independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros de salud, a nivel local, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222 (TTY: 1-800-735-2929). Puede obtener más información sobre el Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP) en su página web www.aging.ca.gov/hicap.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales, los deducibles anuales y coseguros de los medicamentos con receta. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán supeditadas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a cualquiera de las siguientes instituciones:
    - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
    - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
    - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con el costo compartido de los medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con los Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos contra el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen un documento que demuestre que reside en el estado y su estado del VIH, prueba de ingresos bajos según lo definido por el estado, y prueba de que no tiene seguro o tiene un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos

para la asistencia con el costo compartido para los medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia con los Medicamentos contra el SIDA de California. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al (844) 421-7050.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Plus

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-866-333-3530. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, y desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera de nuestro horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2022 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2022 para *Plus.* La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos y los medicamentos con receta. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web en www.ccahealthca.org. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* que se envía aparte para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestra página web

También puede visitar nuestra página web en www.ccahealthca.org. Como recordatorio, en nuestra página webpuede 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 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página web de Medicare

Puede visitar la página web de Medicare (https://www.medicare.gov). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área a través del Medicare Plan Finder (Buscador de

planes de Medicare) en la página web de Medicare. (Para consultar la información sobre los planes, visite https://www.medicare.gov y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2022 (Medicare y usted 2022)*

Puede leer el manual *Medicare & You 2022 (Medicare y usted 2022)*. Cada año, en otoño, se envía este documento por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en la página web de Medicare (https://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.