



## El Programa Senior Care Options (HMO SNP) es ofrecido por Commonwealth Care Alliance

### Aviso anual de cambios para 2021

En la actualidad, está inscrito como miembro del Programa Senior Care Options. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

---

#### Qué debe hacer ahora

##### 1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a su caso

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
  - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
  - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan. Usted paga \$0 como miembro del Programa Senior Care Options.
  
- Verifique en el folleto los cambios en nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
  - ¿Alguno de los medicamentos tiene restricciones nuevas, como la necesidad de obtener aprobación de nuestra parte antes de obtener un medicamento con receta?
  - ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia? Usted paga \$0 como miembro del Programa Senior Care Options.
  - Revise la Lista de medicamentos de 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red?
  - ¿Qué ocurre con los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
  - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores.

- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
  - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare? Usted paga \$0 como miembro del Programa Senior Care Options.

- Piense si se encuentra satisfecho con su plan.

## 2. COMPARE: Conozca sobre otras opciones de planes.

- Verifique la cobertura y los costos de planes en su área.
  - Use la funcionalidad de búsqueda personalizada del Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
  - Revise la lista en el reverso de su manual Medicare & You (Medicare y Usted).
  - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
- Una vez que limita su elección a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan. Usted paga \$0 como miembro del Programa Senior Care Options.

## 3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, será inscrito en el Programa Senior Care Options (HMO SNP).
- Si desea **cambiarse a un plan diferente** que puede satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la Sección 2.2 en la página 14 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

## 4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, será inscrito en el Programa Senior Care Options (HMO SNP).
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**.

## Recursos adicionales

- Comuníquese con el número de nuestro Servicio para los miembros al 1-866-610-2273 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.).

- Esta información está disponible en distintos formatos. Para obtener más información sobre los materiales en otro formato, llame al Servicio para los miembros a los números que se mencionan más arriba.
- El Servicio para los miembros ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
- ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-610-2273 (TTY: call MassRelay at 711).
- ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-610-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de MassRelay al 711).
- You can get this document for free in other formats, such as large print, formats that work with screen reader technology, braille, or audio. Call 1-866-610-2273 (TTY: call MassRelay at 711), 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week from October 1st through March 31st. (April 1st through September 30th, Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m. and Saturday and Sunday, 8 a.m. – 6 p.m.). The call is free.
- **Puede obtener gratis este documento en otros formatos, como tamaño de letra grande, formatos que funcionen con tecnología de lectura de pantallas, braille o audio. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: llame a MassRelay al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.). La llamada es gratuita.**
- **La cobertura en este plan se clasifica como cobertura médica calificada (QHC) y cumple con el requisito de la responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.**

### **Acerca del Programa Senior Care Options**

- El Programa Senior Care Options (HMO SNP) es un plan de necesidades especiales que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa de la Oficina Central de Salud y Servicios Humanos de Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts.

La inscripción en el Programa Senior Care Options depende de la renovación del contrato. La inscripción es voluntaria.

- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Commonwealth Care Alliance. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia al Programa Senior Care Options.
-

## Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para el Programa Senior Care Options en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios* y revisar la *Evidencia de cobertura* que se adjunta para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.**

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta
<b>Estadías como paciente internado en un hospital</b> Incluye cuidados agudos, rehabilitación, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados en un hospital. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.	\$0	\$0
<b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).	Deducible: \$0 Copago: \$0	Deducible: \$0 Copago: \$0

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

<b>Resumen de costos importantes para 2021 .....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	7
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	7
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	8
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos.....	8
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	20
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....</b>	<b>22</b>
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en el Programa Senior Care Options .....	22
Sección 2.2 - Si desea cambiar de plan.....	22
<b>SECCIÓN 3 Cambiar de plan.....</b>	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y MassHealth (Medicaid).....</b>	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>25</b>
<b>SECCIÓN 6 Preguntas .....</b>	<b>25</b>
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda del Programa Senior Care Options .....	25
Sección 6.2 - Cómo recibir ayuda de Medicare .....	26
Sección 6.3 - Cómo recibir ayuda de MassHealth (Medicaid) .....	26

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

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que MassHealth [Medicaid] la pague por usted).	\$0	\$0

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

Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos. No paga nada por los servicios médicos cubiertos por el Programa Senior Care Options.

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

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web [www.CommonwealthCareSco.org](http://www.CommonwealthCareSco.org) se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. A partir del 2021, el Programa Senior Care Options trabajará directamente con proveedores de hospicios. Consulte el Directorio de proveedores para conocer nuestros proveedores de hospicios contratados. También puede llamar al Servicio para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2021 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 hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y proveedores de hospicio 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 puedan cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso que explicará que su proveedor dejará el plan con al menos 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a 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 1.4 – Cambios en la red de farmacias

---

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

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web [www.CommonwealthCareSco.org](http://www.CommonwealthCareSco.org) se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar al Servicio para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

---

## Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos

---

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare y MassHealth (Medicaid).

El año que viene, cambiaremos nuestra cobertura para ciertos servicios médicos. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos para estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*, en su *Evidencia de cobertura de 2021*. Una copia de la *Evidencia de cobertura* está disponible en nuestro sitio web en [www.CommonwealthCareSco.org](http://www.CommonwealthCareSco.org). También puede llamar al Servicio para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.



Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Acupuntura para el dolor en la parte baja de la espalda</b></p>	<p>Nuestro plan cubre la acupuntura en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>El plan cubre hasta 36 consultas por año calendario a menos que se autoricen de otra manera en su Plan de atención personalizado.</i></p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: acupuntura para el dolor en la parte baja de la espalda y para otras afecciones cubiertas por MassHealth (consulte “Acupuntura” a continuación en esta misma sección).</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: si es médicamente necesario</p> <p>A los fines de este beneficio, se define el dolor en la parte baja de la espalda de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• con 12 semanas o más de duración;</li> <li>• no específico, es decir, sin una causa sistémica identificable (no relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);</li> <li>• no relacionado con una cirugía; y</li> <li>• no relacionado con el embarazo.</li> </ul> <p>Se cubrirán ocho sesiones para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.</p> <p>Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Nuestro plan cubre la acupuntura en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid) además de los servicios cubiertos por Medicare de arriba.</p> <p>El plan cubre hasta 36 consultas en total por año calendario a través de MassHealth a menos que se autoricen de otra manera en su Plan de atención personalizado. Las 36 sesiones no se suman a las 20 sesiones cubiertas anteriormente si estas fueron para el dolor en la parte baja de la espalda. Son un total de 36 sesiones entre Medicare y MassHealth si es médicamente necesario.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Equipo médico duradero (DME)</b>	Es posible que se requiera autorización previa.	Aplican límites a ciertos DME. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Tarjeta Healthy Savings para comprar ciertos artículos de venta libre (OTC) aprobados por Medicare</b>	Usted recibe una tarjeta con una asignación de \$110 cada trimestre (cada tres meses) para comprar artículos aprobados por Medicare, como suministros de primeros auxilios, atención dental, suministros para síntomas de resfriado y otros sin una receta.	<p>Usted recibe una tarjeta con una asignación de \$125 cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar artículos aprobados por Medicare, como suministros de primeros auxilios, atención dental, suministros para síntomas de resfriado y otros sin una receta.</p> <p>Los miembros con enfermedades crónicas pueden usar la tarjeta OTC para comprar alimentos saludables y nutritivos de manera similar al beneficio del Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP), que les ofrece a los miembros sin enfermedades crónicas el uso de la tarjeta OTC únicamente para comprar artículos aprobados por Medicare. Consulte “Asistencia con las afecciones crónicas” dentro de la tabla de beneficios para obtener más información.</p> <p>No se requiere autorización previa para que los miembros con enfermedades crónicas usen la tarjeta OTC para comprar alimentos saludables y nutritivos.</p> <p>Las enfermedades crónicas generalmente son afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La afección está diagnosticada por un profesional médico autorizado, incluido su médico de atención primaria, profesional en enfermería y proveedores similares.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Asistencia con las afecciones crónicas</b></p>	<p>N/C</p>	<p>El Programa Senior Care Options de Commonwealth Care Alliance incluye los siguientes servicios adicionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación para alimentos y frutas y verduras para los miembros diagnosticados con una afección crónica. Los miembros que reúnan los requisitos accederán a esta asignación a través de su asignación trimestral para OTC de Healthy Savings por \$125 en minoristas contratados.</li> </ul> <p>Las afecciones crónicas incluyen las siguientes: dependencia crónica al alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunitarios, cáncer, trastornos neurológicos, afecciones de la salud mental crónicas e incapacitantes, demencia, trastornos cardiovasculares, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad hepática terminal, enfermedad renal terminal, trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, derrame cerebral y más.</p> <p>Las enfermedades crónicas generalmente son afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La afección está diagnosticada por un profesional médico autorizado, incluido su médico de atención primaria, profesional en enfermería y proveedores similares.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Terapia de infusión intravenosa en el hogar</b>	N/C	<p>La terapia de infusión intravenosa en el hogar involucra la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la terapia de infusión intravenosa en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención</li> <li>• Capacitación y educación de pacientes que no estén cubiertas de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero</li> <li>• Monitoreo remoto</li> <li>• Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión intravenosa en el hogar y el proveedor de dicha terapia</li> </ul> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Hospicio</b>	<p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico terminal</u>: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio relacionados con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra.</p>	<p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico terminal</u>: El Programa Senior Care Options pagará sus servicios de hospicio relacionados con su diagnóstico terminal.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b></p>	<p><u>N/C para los medicamentos de tratamiento escalonado de la Parte B</u></p>	<p>Categorías de medicamentos de tratamiento escalonado de la Parte B: (Nota: Las clases de medicamentos que se mencionan a continuación no suelen ser administradas por el paciente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antiinflamatorios</li> <li>• Agentes antineoplásicos (cáncer)</li> <li>• Productos biológicos</li> <li>• Factores estimulantes de colonias</li> <li>• Inmunomoduladores</li> </ul> <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos al tratamiento escalonado:  <a href="http://www.commonwealthcarealliance.org/members/pharmacy-program/formulary-2020/2020-senior-care-options-formulary">http://www.commonwealthcarealliance.org/members/pharmacy-program/formulary-2020/2020-senior-care-options-formulary</a></p>
<p><b>Atención de la salud mental para pacientes externos</b></p>	<p>No se requiere autorización previa, excepto para pruebas neuropsicológicas, terapia electroconvulsiva y estimulación magnética transcraneal.</p>	<p>No se requiere autorización previa, excepto para pruebas neuropsicológicas, pruebas psicológicas, terapia electroconvulsiva y estimulación magnética transcraneal.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Cuidados paliativos (programa Life Choices)</b>	<u>N/C</u>	<p>Life Choices es el programa de cuidados paliativos del Programa Senior Care Options. Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que viven con una enfermedad grave. Este tipo de atención se enfoca en el alivio de los síntomas y del estrés de una enfermedad grave.</p> <p>Cuando recibe cuidados paliativos, aún puede recibir tratamiento y terapias pensados para mejorar, o incluso curar, sus problemas médicos.</p> <p>El programa puede ayudarle con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrar alivio para el dolor y otros síntomas</li> <li>• Administrar sus medicamentos</li> <li>• Comprender su enfermedad y el curso de esta</li> <li>• Identificar lo que es más importante para usted</li> <li>• Darle la atención adecuada en el momento adecuado</li> <li>• Hacer planes y tomar decisiones</li> <li>• Comunicarse con sus proveedores</li> <li>• Prepararse para las futuras etapas</li> </ul> <p>Para inscribirse en este programa, hable con su socio en la atención. Si se adapta a sus necesidades, el socio en la atención le dará una remisión para el programa. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por el programa Life Choices del Programa Senior Care Options o un proveedor contratado.</p>

<p><b>Servicios de médicos/proveedor es, incluidas consultas en el consultorio del médico</b></p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación.</li> <li>• Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista</li> <li>• Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.</li> <li>• Segunda opinión de otro proveedor de la red o fuera de la red para cualquier atención,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación.</li> <li>• Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista</li> <li>• Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.</li> <li>• Puede acceder a estos servicios mediante una visita en persona o telesalud. Si escoge recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe recurrir a un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud.</li> <li>• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos <b>si cumple con todo lo siguiente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No es un paciente nuevo.</li> <li>○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días.</li> <li>○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la próxima cita disponible.</li> </ul> </li> <li>• Análisis de videos o imágenes que le envía a su médico.</li> <li>• Las consultas que su médico tiene con colegas por teléfono, internet o registro de salud electrónico <b>si</b> no es un paciente nuevo.</li> <li>• Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas</li> </ul>



incluso cirugía antes de recibir el servicio. Su PCP/equipo de atención lo ayudarán a coordinar para recibir los servicios de una segunda opinión de un proveedor fuera de la red si el proveedor de la red no se encuentra disponible.

- Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara

con la enfermedad renal terminal para miembros de autodiálisis en el hogar en un centro de diálisis basado en un hospital o en uno de acceso crítico basado en un hospital, centro de diálisis, o el hogar del miembro

- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral
- Segunda opinión de otro proveedor de la red o fuera de la red para cualquier atención, incluso cirugía antes de recibir el servicio. Su PCP/equipo de atención lo ayudarán a coordinar para recibir los servicios de una segunda opinión de un proveedor fuera de la red si el proveedor de la red no se encuentra disponible.
- Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). Para obtener más información sobre servicios odontológicos, incluidos los requisitos de autorización previa, consulte la sección *Servicios odontológicos* que aparece más arriba en esta Tabla de beneficios.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<p>un médico). Para obtener más información sobre servicios odontológicos , incluidos los requisitos de autorización previa, consulte la sección <i>Servicios odontológicos</i> que aparece más arriba en esta Tabla de beneficios.</p>	

**Asignación de bienestar**N/C

- Membresía en un club de salud o centro de acondicionamiento físico que reúna los requisitos.  
Un club de salud o centro de acondicionamiento físico que reúna los requisitos ofrece equipamiento para ejercicios cardiovasculares y de fortalecimiento en el lugar. Este beneficio no cubre tarifas de membresía que pague a clubes de salud o centros de acondicionamiento físico que no reúnan los requisitos, lo que incluye, entre otros, centros de artes marciales, instalaciones de gimnasios, clubes de campo y clubes sociales, y actividades deportivas como golf y tenis.
- Participación en clases grupales o instructivas de acondicionamiento físico como Tai Chi y programas de saludos, incluidas aquellas en una YMCA (para clases y programas relacionadas con una tarifa adicional)
- Rastreador de actividad (límite de uno por miembro por año)

Para obtener este reembolso, debe presentar un formulario de reembolso de la asignación para bienestar completo junto con un **comprobante de pago** y cualquier información adicional que se mencione en el formulario. Llame al Servicio para los Miembros para solicitar un formulario de reembolso o visite <http://www.commonwealthcarealliance.org/members/sco/sco-member-forms>  
Envíe el formulario completo con la documentación necesaria a la dirección que aparece en el formulario. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
		<p>El plan le reembolsa hasta \$250 por año calendario en costos de membresía en un club de salud o centro de acondicionamiento físico que reúna los requisitos, clases instructivas de acondicionamiento físico cubiertas, participación en programas de bienestar, actividades de acondicionamiento de la memoria, un rastreador de actividad (p. ej., Fitbit, Apple Watch, etc.). Paga todos los costos que superen los \$250 por año calendario.</p> <p>Senior Care Options de Commonwealth Care Alliance debe recibir las solicitudes de reembolso para un año anterior antes del 31 de marzo del año siguiente.</p> <p>No se requiere una remisión para este beneficio</p>

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

### Cambios en nuestra lista de medicamentos

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

**Puede conseguir la Lista de medicamentos *completa*** si llama al Servicio para los miembros (consulte la portada posterior) o visita nuestro sitio web ([www.CommonwealthCareSco.org](http://www.CommonwealthCareSco.org)). Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

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

- **Trabaje con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicite que el plan haga una excepción** para cubrir el medicamento.

- Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Servicio para los miembros.
- **Trabaje con su médico (o persona autorizada) para encontrar un medicamento diferente** que sí cubramos. Puede llamar al Servicio para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un surtido temporal de un medicamento que no se encuentra en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar un período sin cobertura en el tratamiento. En 2021, los miembros que estén en un centro de atención a largo plazo (LTC) recibirán un suministro temporal que equivale a un suministro temporal para la misma cantidad de días que se proporciona en todos los demás casos: medicamentos para 31 días en vez del suministro para 98 días provisto en 2020. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Por lo general, las excepciones al Formulario son válidas por 12 meses a partir de la fecha de aprobación a menos que el medicamento con receta esté indicado para menos tiempo o que en la carta de aprobación se indique una duración de aprobación menor.

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos cuando comienza cada año. Sin embargo, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

A partir de 2021, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo que se encuentra en el mismo nivel de costo compartido o uno menor y con las mismas restricciones o menos. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede que el aviso llegue después de efectuado ese cambio.

Además, a partir del 2021, si usted está tomando un medicamento, antes de hacer algún cambio en la Lista de medicamentos durante el año tenemos la obligación de avisarle con anticipación sobre el cambio. Para ello, le enviaremos un aviso 30 días antes, en vez de 60 días antes, de que efectuemos el cambio. O bien, le proporcionaremos un resurtido para 31 días, en vez de para 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando hacemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted puede hablar con su médico (u 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 previsto y le brindaremos la información adicional necesaria que refleje los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en nuestra Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5 de la Sección 6 de la *Evidencia de cobertura*).

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

*Nota:* Debido a que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), califica para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos del plan de medicamentos con receta. Hemos incluido un inserto separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si no recibió el inserto con este paquete, póngase en contacto con el Servicio para los miembros y solicite el documento “LIS Rider” (Cláusula adicional LIS). En la Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono del Servicio para los miembros.

Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene costos que paga de su bolsillo por los medicamentos con receta cubiertos. No paga nada por los medicamentos con receta cubiertos por el Programa Senior Care Options.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b>	Su costo para un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar: \$0	Su costo para un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar: \$0

## SECCIÓN 2    Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en el Programa Senior Care Options

**Para seguir inscrito en nuestro plan no será necesario que haga nada.** Si no se registra para un plan diferente ni se cambia a Original Medicare, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2021.

### Sección 2.2 - Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2021, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

## Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente en cualquier momento.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare en cualquier momento.

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en el sitio 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.**

## Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiar a **un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en un plan nuevo. Su inscripción en el Programa Senior Care Options se cancelará automáticamente.
- Para cambiar a **Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en el Programa Senior Care Options se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, tiene las siguientes posibilidades:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio para los miembros (en la Sección 6.1 de este folleto 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.

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

### SECCIÓN 3 Cambiar de plan

Si para el próximo año desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare, puede hacerlo desde ahora hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

#### ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también es posible hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o están dejando la cobertura de su empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer un cambio en otros momentos del año.

**Nota:** A partir del 1 de enero de 2021, si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no está conforme con la elección, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura*.

### SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y MassHealth (Medicaid)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Massachusetts, el SHIP se llama Servicio para la atención de necesidades de información de salud de personas mayores (SHINE).

El SHINE es un programa 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 sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHINE pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a SHINE al 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636). Puede obtener más información sobre el SHINE en su sitio web ([www.800ageinfo.com](http://www.800ageinfo.com)).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid), comuníquese con MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o cómo regresar a Original Medicare puede afectar la manera en que obtiene su cobertura de MassHealth (Medicaid).



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

Debido a que tiene MassHealth (Medicaid), ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también llamada Subsidio por bajos ingresos. La Ayuda adicional paga una parte de las primas, los deducibles anuales y los coseguros de sus medicamentos con receta. Debido a que usted reúne los requisitos, no tiene un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda adicional, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- A la Oficina de MassHealth (Medicaid) de su estado (solicitudes).

## SECCIÓN 6 Preguntas

### Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda del Programa Senior Care Options

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio para los miembros al 1-866-610-2273 (Solo los usuarios de TTY deben llamar al número de retransmisión de MassRelay al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.). Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2021* (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2021* para el Plan Senior Care Options. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En nuestro sitio web en [www.CommonwealthCareSco.org](http://www.CommonwealthCareSco.org), encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar al Servicio para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una Evidencia de cobertura.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.CommonwealthCareSco.org](http://www.CommonwealthCareSco.org). Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

---

## Sección 6.2 - Cómo recibir ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). 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 mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)).

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

Puede leer el manual *Medicare & You 2021 (Medicare y Usted 2021)*. Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## Sección 6.3 - Cómo recibir ayuda de MassHealth (Medicaid)

---

Para obtener información sobre Medicaid, puede llamar a MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648.