

Aspire Health Group Plus (HMO-POS) ofrecido por Aspire Health Plan

Aviso Anual de Cambios para el año 2021

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Aspire Health Group Plus. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

- Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacerle cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Lo que debe hacer ahora

1. CONSULTE: Qué cambios aplican para usted

- Consulte los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse que cubrirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Afectan los cambios a los servicios que utiliza usted?
 - Vea las Secciones 1.2 y 1.5 para obtener información sobre los cambios a los beneficios y costos para nuestro plan.

- Consulte los cambios en el manual para nuestra cobertura de medicamentos con receta médica para ver si le afectan.
 - ¿Sus medicamentos están cubiertos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como que necesite aprobación de nuestra parte antes de surtir su receta médica?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Es posible que su medicamento haya subido de precio desde el año pasado. Hable con su médico acerca de las alternativas de menor costo que pueda haber disponibles para usted; esto podría bajarle sus gastos de bolsillo durante todo el año. Para recibir información adicional sobre precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos paneles informativos resaltan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información interanual acerca de precios de medicamentos. Tenga en mente que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluyendo los especialistas que usted consulta regularmente, en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Vea la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de bolsillo por los servicios y medicamentos con receta médica que utiliza regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿De qué manera se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Aprenda sobre otras opciones de planes

- Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la característica de búsqueda personalizada del Localizador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la parte de atrás de su manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Vea la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.

- Una vez que reduzca su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si usted no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, lo inscribiremos en Aspire Health Group Plus.
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de planes, únase a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**.

- Si usted no se une a otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, lo inscribiremos en Aspire Health Group Plus.
- Si usted se une a otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2021. Lo daremos de baja automáticamente de su plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.

- Póngase en contacto con nuestro número de Servicios para miembros llamando al (855) 570-1600 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto algunos días feriados).
- Este documento también está disponible en formatos alternativos (es decir, en letra de molde grande).
- **La cobertura conforme a este plan califica como Cobertura de salud elegible (QHC)** y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de protección al paciente y cuidados de salud asequibles (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.

Acerca de Aspire Health Group Plus

- Aspire Health Plan es un plan patrocinador HMO de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este manual dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro”, quiere decir Aspire Health Plan. Cuando dice, “plan” o “nuestro plan”, quiere decir Aspire Health Group Plus.

Resumen de Costos Importantes para 2021

La tabla que aparece a continuación compara los costos de 2020 con los costos de 2021 para Aspire Health Group Plus en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* está en nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	<p>\$254.00 (pagados por el Community Hospital of the Monterey Peninsula). Usted es responsable por su prima mensual de la Parte B.</p>	<p>\$400.00 (pagados por el Community Hospital of the Monterey Peninsula). Usted es responsable por su prima mensual de la Parte B.</p>
<p>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</p> <p>Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p>\$0</p>	<p>\$0</p>
<p>Visitas en el consultorio del médico</p>	<p>Visitas de cuidado primario: Dentro de la red: Usted no paga nada. Fuera de la red*: Usted no paga nada.</p> <p>Visitas al especialista: Dentro de la red: Usted no paga nada. Fuera de la red: Usted no paga nada.</p> <p>*La cobertura fuera de la red se restringe a los profesionales médicos que</p>	<p>Visitas de cuidado primario: Dentro de la red: Usted no paga nada. Fuera de la red*: Usted no paga nada.</p> <p>Visitas al especialista: Dentro de la red: Usted no paga nada. Fuera de la red: Usted no paga nada.</p> <p>* La cobertura fuera de la red se limita a los profesionales elegibles de</p>

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	participan en Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.	Medicare y a los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.
<p>Estancias de hospital de paciente interno</p> <p>Incluye servicios para condiciones graves de pacientes hospitalizados, servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados, atención de hospital a largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención de hospital para pacientes hospitalizados empieza el día en que usted es formalmente internado en el hospital con una orden del médico. El día antes del que se le da el alta es su último día de paciente hospitalizado.</p>	<p>Dentro de la red: Días 1 a 90: Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la red*: Días 1 a 90: Usted no paga nada.</p> <p>*La cobertura fuera de la red se restringe a los profesionales médicos que participan en Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.</p>	<p>Dentro de la red: Días 1 a 90: Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la red*: Días 1 a 90: Usted no paga nada.</p> <p>* La cobertura fuera de la red se limita a los profesionales elegibles de Medicare y a los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.</p>

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos de receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles.)</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Costo compartido <u>en farmacias</u> para treinta (30) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0. • Medicamentos de Nivel 2: \$10. • Medicamentos de Nivel 3: \$42. • Medicamentos de Nivel 4: \$90. • Medicamentos de Nivel 5: 33% • Medicamentos de Nivel 6: \$0. <p>Costo compartido <u>en farmacias</u> para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0. • Medicamentos de Nivel 2: \$30. • Medicamentos de Nivel 3: \$126. • Medicamentos de Nivel 4: \$270. • Medicamentos de Nivel 5: No hay suministros de largo plazo para los medicamentos del Nivel 5 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Costo compartido <u>en farmacias</u> para treinta (30) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0. • Medicamentos de Nivel 2: \$10. • Medicamentos de Nivel 3: \$42. • Medicamentos de Nivel 4: \$90. • Medicamentos de Nivel 5: 33% • Medicamentos de Nivel 6: \$0. <p>Costo compartido <u>en farmacias</u> para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0. • Medicamentos de Nivel 2: \$30. • Medicamentos de Nivel 3: \$126. • Medicamentos de Nivel 4: \$270. • Medicamentos de Nivel 5: No hay suministros de largo plazo para los medicamentos del Nivel 5

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos de receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles.) <i>Continuación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 6: \$0. <p>Costo compartido de <u>pedidos por correo</u> para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0. • Medicamentos de Nivel 2: \$20. • Medicamentos de Nivel 3: \$84. • Medicamentos de Nivel 4: \$180. • Medicamentos de Nivel 5: No hay suministros de largo plazo para los medicamentos del Nivel 5 • Medicamentos de Nivel 6: \$0. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 6: \$0. <p>Costo compartido de <u>pedidos por correo</u> para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0. • Medicamentos de Nivel 2: \$20. • Medicamentos de Nivel 3: \$84. • Medicamentos de Nivel 4: \$180. • Medicamentos de Nivel 5: No hay suministros de largo plazo para los medicamentos del Nivel 5 • Medicamentos de Nivel 6: \$0.

Aviso Anual de Cambios para el año 2021

Índice

Aviso Anual de Cambios para el año 2021	1
Resumen de Costos Importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios a su monto máximo de bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios a la red de proveedores.....	7
Sección 1.4 – Cambios a la red de farmacias	8
Sección 1.5 – Cambios a los beneficios y costos por los servicios médicos	8
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos de receta de la Parte D.....	10
Cambios en nuestra lista de medicamentos	10
Cambios en los costos de los medicamentos de receta	11
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	13
Sección 2.1 – Si desea permanecer en Aspire Health Group Plus	13
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan.....	13
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan	14
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare.....	14
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar medicamentos de receta	15
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	15
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Aspire Health Group Plus	15
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	16

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

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual (Debe también seguir pagando su prima de Medicare Parte B.)	\$254.00 (pagados por el Community Hospital of the Monterey Peninsula).	\$400.00 (pagados por el Community Hospital of the Monterey Peninsula).
Beneficios mejorados: opción B Este beneficio suplementario opcional incluye cobertura dental integral, un beneficio para anteojos, un examen de audición de rutina, un beneficio de audífonos, 10 viajes más sencillos adicionales para transporte a citas médicas dentro de la red y 14 comidas luego de cada estancia en un hospital como paciente hospitalizado o en un centro de servicios de enfermería especializada; está disponible por una prima mensual adicional.	\$49.90 adicionales en la prima por mes (pagado por el Community Hospital of the Monterey Peninsula).	\$49.90 adicionales en la prima por mes (pagado por el Community Hospital of the Monterey Peninsula).

- La prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una sanción por inscribirse tarde en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de medicamentos recetados. Consulte la sección 5 sobre “Ayuda extra” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios a su monto máximo de bolsillo

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten lo que usted tiene que pagar “de su bolsillo” durante el año. Este límite se llama “cantidad máxima de bolsillo.” Una vez que llegue a esta cantidad, en general no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo	\$0	\$0
Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su cantidad máxima de bolsillo. Su prima de plan y sus costos de medicamentos con receta médica no se toman en cuenta al calcular la cantidad máxima de bolsillo.	Una vez haya pagado \$0 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos por el resto del año calendario.	Una vez haya pagado \$0 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos por el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios a la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web, www.aspirehealthplan.org, puede encontrar un Directorio de Proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para miembros 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 2021 para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos, y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las que su proveedor podría dejar su plan pero si su doctor o especialista deja su plan usted tiene derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos darle acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para informarle con una antelación mínima de 30 días que nuestro proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento necesario por razones médicas que usted está recibiendo no sea interrumpido, y nosotros trabajaremos con usted para asegurar de que así sea.
- Si usted considera que no le hemos facilitado un proveedor calificado para remplazar a su proveedor anterior, o que sus necesidades de cuidado médico no están siendo atendidas apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una apelación en cuanto a nuestra decisión.

- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que se encargue de su atención.

Sección 1.4 – Cambios a la red de farmacias

La cantidad que usted paga por sus medicamentos con receta médica depende de cuál farmacia usted utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos de receta están cubiertos *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios a nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web, www.aspirehealthplan.org, puede encontrar un Directorio de Farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias de 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios a los beneficios y costos por los servicios médicos

Vamos a cambiar nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el próximo año. Le información a continuación describe estos cambios. Para ver detalles acerca de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura de 2021*.

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Acupuntura para el dolor lumbar crónico	<u>No</u> cubrimos la acupuntura para el dolor lumbar crónico.	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada por cada consulta cubierta por Medicare para el dolor lumbar crónico.</p> <p>Fuera de la red*: Usted no paga nada por cada consulta cubierta por Medicare para el dolor lumbar crónico.</p> <p>* La cobertura fuera de la red se limita a los profesionales elegibles de Medicare y a los servicios</p>

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
		<p>cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterrey, California.</p>
<p>Capacitación para la autogestión de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p>	<p>Los suministros para las pruebas de diabetes <u>no</u> se limitan a un fabricante específico.</p>	<p>Los suministros para pruebas de diabetes se limitan al fabricante Abbott Diabetes Care, que fabrica productos de las marcas FreeStyle y Precision. Todas las demás marcas <u>no</u> están cubiertas.</p>
<p>Terapia de infusión a domicilio</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada por cada fecha de servicio para la terapia de infusión a domicilio cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted no paga nada por cada fecha de servicio para la terapia de infusión a domicilio cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Esta es una nueva categoría de beneficios en la Evidencia de cobertura 2021 publicada por Medicare. Usted no paga nada por cada fecha de servicio para la terapia de infusión a domicilio cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Esta es una nueva categoría de beneficios en la Evidencia de cobertura 2021 publicada por Medicare. Usted no paga nada por cada fecha de servicio para la terapia de infusión a domicilio cubierta por Medicare.</p>

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

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

Realizamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluso cambios en los medicamentos cubiertos y cambios en las restricciones aplicables a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos para asegurarse 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 hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitar al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para averiguar lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios para miembros.
- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** que cubrimos. Usted puede llamar a Servicios para miembros y pedir una lista de medicamentos que cubrimos que tratan la misma condición médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no se incluye en la lista de medicamentos cubiertos durante los primeros 90 días de cobertura del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información acerca de 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 tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se le agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual.

Si el plan hizo una excepción a la lista de medicamentos para un medicamento que no está en la lista y que usted está tomando en 2020, la excepción a la lista vencerá 12 meses calendario después de la fecha de aprobación. Si aún necesita el medicamento que no está en la lista después del plazo de 12 meses calendario, deberá presentar una nueva solicitud de excepción a la lista de medicamentos antes de la fecha de vencimiento de su excepción actual.

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos para el inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios que estén permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, puede seguir trabajando con su médico (o con la persona que receta) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea, según lo programado, y ofreceremos otra información que se requiera para reflejar los

cambios de medicamentos. (Para informarse más acerca de los cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos, vea el Capítulo 5, Sección 6, de la Evidencia de cobertura.)

Cambios en los costos de los medicamentos de receta

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda Extra”), **la información sobre los costos de los medicamentos de receta de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Le hemos enviado 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 médica) (también llamada “Low Income Subsidy Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos) o “LIS Rider” (Cláusula adicional LIS)), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” pero no recibió este inserto antes del 30 de septiembre de 2020, llame a Servicios para miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (También puede ver el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información acerca de estas etapas).

La información que se muestra a continuación presenta los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: Etapa del período sin cobertura y 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*, en nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.)

Cambios en la etapa de deducible anual

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Dado que no hay deducible, esta etapa de pago no le afecta a usted.	Dado que no hay deducible, esta etapa de pago no aplica para usted.

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y coaseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus medicamentos cubiertos* en la *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta línea son para un mes (30 días) de suministro cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que proporcione costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o los medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado 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.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$10 por medicamento de receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$42 por medicamento de receta.</p> <p>Medicamento no preferido: Usted paga \$90 por receta médica.</p> <p>Especialidad: Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Insulinas selectas: Usted paga \$0 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$10 por medicamento de receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$42 por medicamento de receta.</p> <p>Medicamento no preferido: Usted paga \$90 por receta médica.</p> <p>Especialidad: Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Insulinas selectas: Usted paga \$0 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>

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

Las otras dos etapas de cobertura, la Etapa del periodo sin cobertura y de Cobertura catastrófica, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del periodo sin cobertura y 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 su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea permanecer en Aspire Health Group Plus

Para continuar en nuestro plan no es necesario que haga algo. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, lo inscribiremos automáticamente en el plan Aspire Health Group Plus.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el año 2021, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan médico de Medicare distinto,
- *O BIEN*, puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 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 la publicación *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2020), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información acerca de los planes que hay en su área utilizando el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Aspire Health Plan ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan médico distinto de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en Aspire Health Group Plus se cancelará automáticamente.

- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Aspire Health Group Plus se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta**, usted debe realizar una de las siguientes opciones:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios par miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de este folleto).
 - – *o bien* – llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan distinto o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo a partir del **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2021.

¿Hay otras oportunidades en el año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras temporadas del año. Por ejemplo, se puede permitir que las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda extra” para pagar sus medicamentos, las que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las que se trasladan del área de servicio hagan cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su elección de plan, se puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare

El Programa estatal de ayuda de seguros médicos (State Health Insurance Assistance Program - SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama **Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) del Departamento de la vejez de California**.

El **HICAP del Departamento de la vejez de California** es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local sobre seguros de salud **de manera gratuita** a las personas que tienen Medicare. Los asesores de **HICAP del Departamento de la vejez de California** pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca de cambiar de planes. Puede llamar al **HICAP del Departamento de la vejez de California** al número local: 831-655-1334 o al número gratuito: 800-434-0222. Para obtener más información sobre el **HICAP del Departamento de la vejez de California**, visite su sitio web (https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar medicamentos de receta

Es posible que sea elegible para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta médica.

- **"Ayuda Extra" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir "Ayuda adicional" para cubrir los costos de sus medicamentos con receta médica. Si es usted elegible, Medicare podría pagar hasta un 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos con receta médica, deducibles anuales, y coseguro. Adicionalmente, aquellos que califican no tendrán que pasar por un período sin cobertura ni tendrán que pagar la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social llamando al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, en horario de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al, 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - Su Oficina Estatal de Medicare (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos de receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, los cuales incluyen un comprobante de residencia en el estado y de su condición de VIH, bajos ingresos según lo define el Estado, y su condición de no asegurado o con un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta médica de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta médica a través de la Oficina del ADAP del condado de Monterey ubicada en 340 Church Street, Salinas, CA 93901. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la oficina del ADAP al 831-975-5016.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Aspire Health Group Plus

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para miembros al (855) 570-1600. (Solo para TTY, llame al 711). Puede llamarnos por teléfono de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto algunos días feriados). Las llamadas a estos números son gratis.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2021* (tiene detalles acerca de los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en los costos y beneficios para el año 2021. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2021 de Aspire Health Plus*. 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 médica que están cubiertos. Se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org. También puede llamar a Servicios para miembros y pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 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), las 24 horas del día, 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). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área utilizando el Localizador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2021*

Puede leer el manual de *Medicare y usted 2021*. Cada año durante el otoño, este folleto se le envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla del 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.