

Aspire Health Advantage (HMO) ofrecido por Aspire Health Plan

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente, está inscrito como miembro de Aspire Health Advantage. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto 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 hacer ahora

1. PREGUNTE: 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 1.2 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si se aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿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 1.6 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 información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “dashboards” (paneles) en el medio de la segunda nota, al final 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.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
 - ¿Se encuentran 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.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022).
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

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

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, permanecerá inscrito en Aspire Health Advantage.
- Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar los planes, 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 inscrito en Aspire Health Advantage.

- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al (855) 570-1600. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana (excepto ciertos días feriados).
- Este documento también se encuentra disponible en formatos alternativos (es decir, en tamaño de letra grande).
- La **cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Aspire Health Advantage

- Aspire Health Plan es un patrocinador del plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Aspire Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Aspire Health Advantage.

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para *Aspire Health Advantage* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$139.00	\$139.00
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$6,000	\$5,000
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: Usted paga un copago de \$5 por consulta. Consultas a especialistas: Usted paga un copago de \$30 por consulta.	Consultas de atención primaria: Usted paga un copago de \$0 por consulta. Consultas a especialistas: Usted paga un copago de \$25 por consulta.
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Días 1 a 6: Usted paga un copago de \$275 por día. Días 7 a 90: Usted paga un copago de \$0 por día.	Días 1 a 6: Usted paga un copago de \$275 por día. Días 7 a 90: Usted paga un copago de \$0 por día.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$150 para medicamentos de marca y especializados (Niveles 3, 4 y 5).</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Costo compartido <u>minorista</u> para treinta (30) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$4 • Medicamentos de Nivel 2: \$8 • Medicamentos de Nivel 3: \$45 • Medicamentos de Nivel 4: \$95 • Medicamentos de Nivel 5: 30% • Medicamentos de Nivel 6: \$11 <p>Costo compartido <u>minorista</u> para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$12 • Medicamentos de Nivel 2: \$24 • Medicamentos de Nivel 3: \$135 • Medicamentos de Nivel 4: \$285 • Medicamentos de Nivel 5: No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5. • Medicamentos de Nivel 6: \$33 	<p>Deducible: \$150 para medicamentos de marca y especializados (Niveles 3, 4 y 5).</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Costo compartido <u>minorista</u> para treinta (30) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$4 • Medicamentos de Nivel 2: \$8 • Medicamentos de Nivel 3: \$45 • Medicamentos de Nivel 4: \$95 • Medicamentos de Nivel 5: 30% • Medicamentos de Nivel 6: \$11 <p>Costo compartido <u>minorista</u> para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$12 • Medicamentos de Nivel 2: \$24 • Medicamentos de Nivel 3: \$135 • Medicamentos de Nivel 4: \$285 • Medicamentos de Nivel 5: No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5. • Medicamentos de Nivel 6: \$33

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles). <i>Continuación</i></p>	<p>Costo compartido para <u>pedido por correo</u> para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$8 • Medicamentos de Nivel 2: \$16 • Medicamentos de Nivel 3: \$90 • Medicamentos de Nivel 4: \$190 • Medicamentos de Nivel 5: No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5. • Medicamentos de Nivel 6: \$22 	<p>Costo compartido para <u>pedido por correo</u> para noventa (90) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$8 • Medicamentos de Nivel 2: \$16 • Medicamentos de Nivel 3: \$90 • Medicamentos de Nivel 4: \$190 • Medicamentos de Nivel 5: No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5. • Medicamentos de Nivel 6: \$22

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022.....	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	5
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	5
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	6
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	7
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	7
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	11
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....	15
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en <i>Aspire Health Advantage</i>	15
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	15
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan.....	16
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare....	16
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	17
SECCIÓN 6 Preguntas.....	17
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de <i>Aspire Health Advantage</i>	17
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	18

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo**Sección 1.1 – 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).	\$139.00	\$139.00
Beneficios mejorados: opción A Este beneficio complementario opcional incluye cobertura odontológica integral y un beneficio de anteojos, y está disponible por una prima mensual adicional.	Prima adicional de \$44.90 por mes <u>si</u> decide inscribirse en esta cobertura opcional.	<u>Sin</u> cobertura.
Beneficios mejorados: opción B Este beneficio complementario opcional incluye cobertura odontológica integral, un beneficio de anteojos, un examen auditivo de rutina, un beneficio de audífonos, 10 viajes adicionales de ida a citas dentro de la red y 14 comidas después de cada hospitalización o estadía en un centro de atención de enfermería especializada y está disponible por una prima mensual adicional.	Prima adicional de \$49.90 por mes <u>si</u> decide inscribirse en esta cobertura opcional.	<u>Sin</u> cobertura.
Beneficios mejorados: opción C Este beneficio complementario opcional incluye cobertura odontológica integral, un beneficio de anteojos, un examen auditivo de rutina, un beneficio de audífonos, 10 viajes adicionales de ida a citas dentro de la red y 14 comidas después de cada hospitalización o estadía en un centro de atención de enfermería especializada o para ciertas afecciones crónicas por un período temporal y está disponible por una prima mensual adicional.	<u>Sin</u> cobertura.	Prima adicional de \$43.00 por mes <u>si</u> decide inscribirse en esta cobertura opcional.

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee 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. Consulte la Sección 6 acerca de “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – 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 el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios dentro de la red de la Parte A y la Parte B cubiertos por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$6,000 dentro de la red.	\$5,000 dentro de la red.
Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	Una vez que haya pagado \$6,000 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.	Una vez que haya pagado \$5,000 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.aspirehealthplan.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*. **Revise el Directorio de proveedores de 2022 para verificar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de 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 seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- 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, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para 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 servicios de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.aspirehealthplan.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*. **Revise el *Directorio de farmacias* de 2022 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando 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)
Atención odontológica de rutina	<u>Sin</u> cobertura.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio odontológico preventivo y de diagnóstico aprobado por el plan. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.
Consultas en el consultorio del médico	<p>Consultas de atención primaria: Usted paga un copago de \$5 por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas: Usted paga un copago de \$30 por consulta.</p>	<p>Consultas de atención primaria: Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas: Usted paga un copago de \$25 por consulta.</p>
Servicios auditivos	Usted paga un copago de \$30 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$25 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga un coseguro del 20% por cada medicamento de la Parte B para pacientes externos cubierto por Medicare, por día.	<p>Usted paga un copago de \$50 por cada medicamento de la Parte B para pacientes externos que no sea para quimioterapia cubierto por Medicare, por día.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por cada tratamiento de quimioterapia para pacientes externos cubierto por Medicare, por día.</p>
Servicios del programa de tratamiento para opioides	La Parte B de Original Medicare cubre los servicios del tratamiento del trastorno por consumo de opioides. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos servicios a través de nuestro plan.	Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment

	<p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y el suministro y la administración de dichos medicamentos, si corresponde. • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. 	<p>Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (Medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). • Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades sobre consumo. • Evaluaciones periódicas.
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p>	<p><u>Sin</u> cobertura.</p>	<p>Usted tiene \$30 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos de venta libres (Over the Counter, OTC) aprobados por el plan. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</p>

Servicios de podiatría	Usted paga un copago de \$30 por cada consulta cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$25 por cada consulta cubierta por Medicare.
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (SSBCI)	<u>Sin</u> cobertura.	Usted paga un copago de \$0 por los beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.
Telesalud	Usted paga un copago de \$0 por los servicios de telesalud cubiertos por Medicare recibidos de proveedores de atención primaria, especialistas y atención de urgencia.	Usted paga un copago de \$0 por los servicios de telesalud cubiertos por Medicare recibidos de proveedores de atención primaria, especialistas (incluidos los profesionales de la salud mental) y atención de urgencia.
Atención de urgencia	Usted paga un copago de \$30 por cada consulta en persona cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$25 por cada consulta en persona cubierta por Medicare.
Atención de la vista	Usted paga un copago de \$30 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar afecciones oculares (incluso la prueba anual de detección de glaucoma).	Usted paga un copago de \$25 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar afecciones oculares (incluso la prueba anual de detección de glaucoma).
Cuidado de heridas	Usted paga un copago de \$275 por cada tratamiento para el cuidado de heridas.	Usted paga un copago de \$60 por cada tratamiento para el cuidado de heridas.

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”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía 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 restricciones de algún tipo.**

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

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar 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 una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para los miembros.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (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.

Si el plan ha concedido una excepción al formulario para un medicamento que no se encuentra en el formulario que usted está tomando en 2021, la excepción vencerá 12 meses calendario después de la fecha de aprobación. Si aún necesita el medicamento que no se encuentra en el formulario después de que expiren esos 12 meses calendario, deberá presentar una nueva solicitud de excepción al formulario antes de la fecha de expiración de su excepción al formulario actual.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra

Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar 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 le 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 para 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 denominada “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. Dado que recibe “Ayuda adicional”, si no recibió este documento antes del 30 de septiembre de 2021, póngase en contacto con el Servicio para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (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 sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que llegue al deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$150 para los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo compartido aplicable para los medicamentos en los Niveles 1, 2 y 6 y el costo total de los medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5 hasta que llegue al deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$150 para los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo compartido aplicable para los medicamentos en los Niveles 1, 2 y 6 y el costo total de los medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5 hasta que llegue al deducible anual.</p>

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 en su Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>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 con un costo compartido 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 de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$4 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$8 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$45 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga \$95 por receta.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga el 30% del costo total.</p> <p>Insulinas seleccionadas: Usted paga \$11 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$4 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$8 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$45 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga \$95 por receta.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga el 30% del costo total.</p> <p>Insulinas seleccionadas: Usted paga \$11 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

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 necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus 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 seguir inscrito en Aspire Health Advantage

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Aspire Health Advantage.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2022, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, 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 1.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare 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 en seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Aspire Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes 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, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Aspire Health Advantage se cancelará automáticamente.
- Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Aspire Health Advantage se cancelará automáticamente.
- Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos 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 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono).

- O puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare 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, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que 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 usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, al SHIP se lo denomina **Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) del Departamento de la vejez de California**.

El **Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) del Departamento de la vejez de California** es independiente (no está conectado con una compañía de seguros o un plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de **forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del **Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) del Departamento de la vejez de California** pueden ayudarlo con las preguntas o problemas que tenga acerca 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) del Departamento de la vejez de California** localmente al: 831-655-1334 o al número gratuito: 800-434-0222. Para obtener más información sobre el **Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (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 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 de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni 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 las siguientes opciones:
 - 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 lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través de la Oficina del ADAP en el 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 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de *Aspire Health Advantage*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio para los miembros al número al (855) 570-1600. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al número 711). Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana (excepto ciertos días feriados). 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 *Aspire Health Advantage*. 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. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede 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 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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). Tiene 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 Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

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

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022). Cada año, en otoño, este folleto se envía 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 usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.