

MetroPlus Platinum Plan (HMO) ofrecido por MetroPlus Health Plan, Inc.

Aviso Anual de Cambios para 2022

Actualmente usted se encuentra inscrito como miembro de MetroPlus Platinum Plan (HMO). El próximo año, habrá algunos cambios en los beneficios y los costos del plan. *Este folleto contiene información sobre los cambios.*

- Desde el 15 de octubre al 7 de diciembre, usted puede hacer cambios a su cobertura de Medicare para el año próximo.

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios de sus beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cubrirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Consulte las secciones 1.5 y 1.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios que figuran en este folleto a nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si lo afectan.
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente y cuentan con diferentes costos compartidos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, tales como la necesidad de nuestra aprobación antes de que surta la receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Existen cambios en los costos si se compra en esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos 2022 y la sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas con costos más bajos que pueden estar a su disposición; esto podría ahorrarle costos anuales de desembolso personal durante 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 de “dashboards” (paneles) en el medio de la segunda nota hacia el final de la página. Estos registros destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran más información sobre el precio de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que sus beneficios del 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.
 - ¿Sus médicos, incluyendo a los especialistas que consulta regularmente, están en nuestra red?
 - ¿Qué hay de los hospitales u otros proveedores a los que acude?
 - Consulte la sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.
- Piense en sus costos de atención médica en general.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que usa de manera habitual?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y en los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está contento con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista que se encuentra al reverso de su manual *Medicare y Usted 2022*.
 - Consulte la sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limite su elección a un plan preferente, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan a más tardar hasta el 7 de diciembre de 2021, se le inscribirá en MetroPlus Platinum Plan (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbase a uno entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**.

- Si no se inscribe en otro plan a más tardar hasta el **7 de diciembre de 2021**, se le inscribirá en MetroPlus Platinum Plan (HMO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura entrará en vigencia a partir del **1 de enero de 2022**. Se le desafiliará automáticamente de su plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en inglés en forma gratuita.
- Comuníquese con nuestro departamento de Servicios al Miembro al 1-866-986-0356 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es 24 horas al día, 7 días a la semana.
- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-986-0356 (TTY: 711).
- Si lo solicita, también podemos brindarle la información en braille, en letra grande, o en otros formatos alternativos.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Atención Médica Asequible y Protección del Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de MetroPlus Platinum Plan (HMO)

- MetroPlus Health Plan es un plan HMO, HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en MetroPlus Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro”, se refiere a MetroPlus Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” significa MetroPlus Platinum Plan (HMO).

Resumen de costos importantes para 2022

El siguiente cuadro compara los costos de 2021 y de 2022 para MetroPlus Platinum Plan (HMO) en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se incluye en nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la sección 1.1 para obtener más información.	\$148.50	\$149.00
Monto máximo de desembolso Es lo <u>máximo</u> que pagará de desembolso por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para más detalles).	\$7,550	\$7,550
Visitas al consultorio del médico	Visitas al médico de atención primaria: copago de \$0 por visita Visitas al especialista: copago de \$40 por visita	Visitas al médico de atención primaria: copago de \$0 por visita Visitas al especialista: copago de \$40 por visita

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye cuidados agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para paciente hospitalizado comienza el día en que es formalmente ingresado en el hospital con una orden del médico. El día anterior a que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 8: copago de \$225 al día • Días 9 a 90: copago de \$0 por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$0 por día 	<p>Por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 8: copago de \$225 al día • Días 9 a 90: copago de \$0 por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$0 por día
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 1.6 para más detalles).</p>	<p>Deducible: \$445</p> <p>Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos): Coaseguro del 25% • Todos los demás medicamentos: Coaseguro del 25% 	<p>Deducible: \$480</p> <p>Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos): Coaseguro del 25% • Todos los demás medicamentos: Coaseguro del 25%

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios del costo y el beneficio para el próximo año	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de desembolso	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos	6
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	11
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	11
Sección 3.1 – Si decide permanecer en MetroPlus Platinum Plan (HMO).....	11
Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan	11
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan	12
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare.....	12
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	13
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?.....	14
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de MetroPlus Platinum Plan (HMO).....	14
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	14

SECCIÓN 1 Cambios del costo y el beneficio para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual (Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$148.50	\$149.00

- Su prima del plan mensual será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por haber estado sin otra cobertura de medicamentos recetados que sea al menos tan buena como la cobertura de Medicare (también referida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos superiores, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe "Ayuda Adicional" para sus costos de medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 para ver información sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de desembolso

Para protegerlo, Medicare exige a todos los planes de salud que limiten cuánto usted paga de “desembolso” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de desembolso”. Una vez que usted llega a este monto, en general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Monto máximo de desembolso	\$7,550	\$7,550
Los costos por sus servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan como su monto máximo de desembolso personal. Su prima del plan y sus costos por medicamentos recetados no se contabilizan como parte de su monto máximo de desembolso.		Una vez que haya pagado \$7,550 de desembolso por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. Nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org tiene el *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitar el envío por correo del *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2022 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios en cuanto a hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que pueden haber sido parte de su plan durante el año. Hay diversos motivos por los cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista deja de formar parte de su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor abandona nuestro plan de modo que tenga tiempo para seleccionar otro proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo para que continúe gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se encuentra bajo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médico necesario no sea interrumpido, y nosotros trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Si cree que no le brindamos un proveedor calificado que reemplace a su proveedor anterior, o que no se está manejando su atención de manera adecuada, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista se retirará de su plan, por favor comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para manejar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de qué farmacia utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si son surtidas en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. Nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org tiene el *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitar el envío por correo del *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias para 2022 para consultar qué farmacias hay en nuestra red.**

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

El año próximo, cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)* de su *Evidencia de cobertura 2022*.

Servicios del programa de tratamiento para opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno de consumo de opioides (OUD) reciben cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento para Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de EE. UU.
- Entrega y administración de los medicamentos MAT (en caso necesario).
- Terapia por el consumo de sustancias.
- Terapia individual y grupal.
- Pruebas de toxicología.
- Actividades de ingesta.
- Evaluaciones periódicas.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Vacunas	Original Medicare paga la vacuna contra la COVID-19, no MetroPlus Platinum Plan (HMO).	Usted paga un copago de \$0 para la vacuna contra la COVID-19.
Hospitalizaciones	Se requiere remisión.	Se requiere remisión, excepto en casos de emergencia. Para ingresos por emergencias, el centro que lo ingresa puede dar aviso a MetroPlus Health Plan después del ingreso del miembro.
Servicios del Programa de Tratamiento para Opioides	Se requiere remisión de los servicios para pacientes hospitalizados.	<u>No</u> se requiere remisión.
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico	<u>No</u> se requiere remisión para los servicios de telesalud.	No se requiere remisión para los servicios de telesalud, excepto para los servicios de telesalud en salud conductual.
Centro de enfermería especializada:	<p>Por cada período de beneficios usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1 al 20. • Copago de \$185.50 por día para los días 21 al 100. 	<p>Por cada período de beneficios usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1 al 20. • Copago de \$194.50 por día para los días 21 al 100.

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

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de Medicamentos se provee electrónicamente.

Hicimos cambios a nuestra Lista de Medicamentos, entre ellos, cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para ver si habrá algunas restricciones.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, usted puede:

- **Colaborar con su médico (o el profesional que expide la receta) para solicitar que el plan haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Incentivamos que los miembros actuales** soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para saber cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (qué hacer si tiene un problema o reclamo, decisiones de cobertura, apelaciones o reclamos)* o llame a Servicios al Miembro.
- **Colaborar con su médico (o el profesional que expide la receta) para encontrar otro medicamento** que nosotros cubramos. Puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está incluido en el vademécum durante los primeros 90 días de la cobertura del año del plan o durante los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción en el tratamiento. (Para averiguar cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el capítulo 5, sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo que reciba el suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se termine. Puede o bien cambiar por un medicamento distinto que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento actual.

Si actualmente tiene una excepción del formulario, necesitará presentar una nueva solicitud de excepción.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare.

Cuando hacemos estos cambios a la Lista de Medicamentos durante el año, usted aún puede colaborar con su médico (o el profesional que expide la receta) para solicitar que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista

de Medicamentos en línea como está programado y le ofreceremos toda la información requerida para reflejar los cambios de medicamentos. (Para obtener más información acerca de los cambios en la Lista de Medicamentos, consulte el capítulo 5, sección 6 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda extra”), **es posible que la información sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un anexo, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por ingresos bajos” o el “Anexo LIS”) que le informa sobre los costos de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este anexo a más tardar el 30 de septiembre de 2021, llame a Servicios al Miembro y solicite el “Anexo LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Qué paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamento en que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayor parte de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en la Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica). Para obtener mayor información sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7 de la Evidencia de cobertura, que se encuentra en nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.)

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta haber alcanzado el deducible anual.	El deducible es de \$445.	El deducible es de \$480.

Cambios en sus costos compartidos durante la Etapa de Cobertura Inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coaseguros, consulte el capítulo 6, sección 1.2, *Tipos de costos de desembolso que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos de esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o por recetas de medicamentos por correo, consulte el capítulo 6, sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos): Debe pagar el 25% del costo total.</p> <p>Todos los demás medicamentos: Debe pagar el 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que su costo total de medicamentos alcance los \$4,130, pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Brecha en la Cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos): Debe pagar el 25% del costo total.</p> <p>Todos los demás medicamentos: Debe pagar el 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que su costo total de medicamentos alcance los \$4,430; pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Brecha en la Cobertura).</p>

Cambios en la Etapa de Brecha en la Cobertura y en la Etapa de Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa de Brecha en la Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica) son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayor parte de los miembros no alcanza la Etapa de Brecha en la Cobertura ni la Etapa de Cobertura Catastrófica** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Un cambio en la información de contacto para los medicamentos recetados de la Parte D, que incluye las decisiones de cobertura, las apelaciones y las solicitudes de pago (rebolsos)	Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-881-2812.	Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en MetroPlus Platinum Plan (HMO)

Para permanecer en nuestro plan usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente se inscribirá en nuestro MetroPlus Platinum Plan (HMO).

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos que el próximo año siga siendo miembro, pero si desea cambiar en 2022, siga los siguientes pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede unirse a otro plan de salud de Medicare,
- O puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 1.1 sobre la posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2022*, póngase en contacto con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la sección 4) o con Medicare (consulte la sección 7.2).

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

Le recordamos que MetroPlus Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Será desafiliado automáticamente de MetroPlus Platinum Plan (HMO).
- Para cambiarse a **Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Será desafiliado automáticamente de MetroPlus Platinum Plan (HMO).
- Para cambiarse a **Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, usted debe seguir uno de los siguientes pasos:
 - Envíenos una solicitud escrita para desafilarse. Póngase en contacto con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto).
 - *O* contáctese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y solicite que lo desafilien. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan

Si desea cambiarse 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.

¿Se puede cambiar de plan en otros momentos del año?

En algunas circunstancias, también está permitido cambiarse de plan en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” para el pago de sus medicamentos, quienes tienen o abandonan la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicios pueden cambiarse de plan en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no está conforme con el plan que eligió, se puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados) o bien puede cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, al SHIP se le llama Programa de Asesoría, Asistencia e Información sobre Seguros de Salud (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP).

HIICAP es independiente (no tiene conexión con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoría local **gratuita** sobre seguros médicos para las personas con Medicare. Los asesores de HIICAP

pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Usted puede llamar a HIICAP al 1-800-701-0501. Puede obtener más información sobre HIICAP visitando su sitio web (<https://www.nyconnects.ny.gov/services/health-insurance-information-counseling-assistance-program-hiicap-791>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Es posible que usted cumpla los requisitos para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación enumeramos distintas clases de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener “Ayuda Adicional” para pagar el costo de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, inclusive las primas mensuales de sus medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Adicionalmente, aquellos que califican no tendrán una transición de cobertura o multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para ver si cumple los requisitos, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana.
 - La Oficina de Seguro Social, al 1-800-772-1213 entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes) o
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York cuenta con un programa llamado Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, su edad o su afección médica. Para obtener más información sobre este programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (el nombre y los números telefónicos de esta organización se encuentran en la sección 5 de este folleto).
- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que personas elegibles para ADAP con VIH/sida tengan acceso a los medicamentos para el VIH que les permiten seguir viviendo. Las personas deben cumplir determinados criterios, que incluyen una constancia de residencia en el estado y de su condición de VIH, de ingresos bajos según define el estado y si tiene o no un seguro limitado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través de los Programas de Atención a Personas con VIH que no tienen seguro de ADAP. Para obtener más información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de MetroPlus Platinum Plan (HMO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios al Miembro al 1-866-986-0356. (Solamente TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas las 24 horas al día, 7 días a la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen sobre los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* 2022 para MetroPlus Platinum Plan (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos y sus medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se incluye en nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org. Le recordamos que en nuestro sitio web podrá encontrar la información más actualizada sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Vademécum/Lista de Medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo obtener 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 costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Todos los años durante el otoño, se les envía por correo este folleto a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, además de las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.