

Plan Kaiser Permanente Senior Advantage Basic del condado de Stanislaus (HMO) que ofrece Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región del norte de California (Plan Basic del condado de Stanislaus)

Notificación Anual de Cambios para el 2021

Usted está actualmente inscrito como miembro del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Basic del condado de Stanislaus. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios de nuestro plan. En este folleto, se explican los cambios.

Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.

Qué debe hacer ahora

1. Pregunte: ¿Cuáles cambios se aplican en su caso?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para averiguar si le afectan.
 - ◆ Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que esta va a satisfacer sus necesidades el próximo año.
 - ◆ ¿Estos cambios afectan los servicios que utiliza?
 - ◆ Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ◆ ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
 - ◆ ¿Sus medicamentos están en un nivel distinto y tienen un costo compartido distinto?
 - ◆ ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, tales como necesitar que lo aprobemos antes de surtir su receta médica?
 - ◆ ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - ◆ Revise la Lista de Medicamentos de Kaiser Permanente 2021 y consulte en la Sección 1.6 la información sobre cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

H0524_21A041SP_M
497663254 N 041
PBP 041

OMB Approval 0938-1051 (Expires: December 31, 2021)

2 Notificación Anual de Cambios para el 2021 para el plan Basic del condado de Stanislaus

- ◆ Es posible que los costos de sus medicamentos hayan subido desde el último año. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto podría ahorrarle gastos de bolsillo a lo largo del año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices. Estos tableros resaltan los fabricantes que han aumentado sus precios y también muestran más información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán con precisión cuánto podrían cambiar los costos de sus medicamentos.
 - Verifique si sus médicos y otros proveedores seguirán formando parte de nuestra red el próximo año.
 - ◆ ¿Los médicos, incluso los especialistas a quienes consulta con frecuencia, forman parte de nuestra red?
 - ◆ ¿Y los hospitales y los demás proveedores que utiliza?
 - ◆ Consulte la Sección 1.3 si desea obtener información sobre nuestro **Directorio de Proveedores**.
 - Piense en sus costos generales de cuidado de salud.
 - ◆ ¿A cuánto equivaldrán sus gastos de bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
 - ◆ ¿Cuánto gastará en su prima y sus deducibles?
 - ◆ ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
 - Piense si está contento con nuestro plan.
2. **Compare:** Obtenga más información sobre otras opciones de planes.
- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - ◆ Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - ◆ Revise la lista en la parte trasera de su manual **Medicare y Usted**.
 - ◆ Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
 - Una vez que delimite sus opciones a un plan de preferencia, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.
3. **Elija:** Decida si quiere o no cambiar su plan.
- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, seguirá inscrito en nuestro plan Senior Advantage Basic del condado de Stanislaus.
 - Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, puede cambiarse a **otro plan** que satisfaga mejor sus necesidades.

4. **Inscríbese:** Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020.
- Si no se **inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020**, seguirá inscrito en nuestro plan Senior Advantage Basic del condado de Stanislaus.
 - Si se **inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2021**. Se cancelará automáticamente la membresía de su plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español. Si desea información adicional, por favor llame al número de nuestro Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at **1-800-443-0815** for additional information. (TTY users should call **711**.) Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.
- Este documento está disponible en braille, en letra grande y en CD si lo necesita, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.
- La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (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.

Información sobre el plan Kaiser Permanente Senior Advantage Basic del condado de Stanislaus

- Kaiser Permanente es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto se utilizan los términos “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestros”, se está aludiendo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región del norte de California (Health Plan). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Kaiser Permanente Senior Advantage (Senior Advantage).

Resumen de costos importantes para el 2021

En la siguiente tabla se comparan los costos de nuestro plan Senior Advantage Basic del condado de Stanislaus en varias áreas importantes para el 2020 y el 2021. Tenga en cuenta que este solo es un resumen de los cambios. Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web, kp.org/eocncal. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos la **Evidencia de Cobertura** por correo.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan* *Su prima podría ser mayor o menor que este monto. Para información más detallada, consulte la Sección 1.1.</p>	\$20*	\$15*
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para información más detallada, consulte la Sección 1.2).</p>	\$6,700	\$5,900
<p>Visitas al consultorio médico</p>	<p>Consultas para atención médica primaria: \$30 por consulta.</p> <p>Consultas con un especialista: \$35 por consulta.</p>	<p>Consultas para atención médica primaria: \$15 por consulta.</p> <p>Consultas con un especialista: \$25 por consulta.</p>
<p>Hospitalizaciones Incluye atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que es admitido</p>	<p>Por cada hospitalización, \$285 por día durante los primeros siete días.</p>	<p>Por cada hospitalización, \$200 por día durante los primeros siete días.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>formalmente en un hospital a petición de un médico. El día antes de que se le dé de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>		
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Para información más detallada, consulte la Sección 1.6). Costo compartido durante la Etapa inicial de cobertura (suministro para un máximo de 30 días).</p>	<p>Nivel de medicamento 1: \$6 Nivel de medicamento 2: \$18 Nivel de medicamento 3: \$47 Nivel de medicamento 4: \$100 Nivel de medicamento 5: 33 % Nivel de medicamento 6: \$0</p>	<p>Nivel de medicamento 1: \$5 Nivel de medicamento 2: \$15 Nivel de medicamento 3: \$47 Nivel de medicamento 4: \$100 Nivel de medicamento 5: 33 % Nivel de medicamento 6: \$0</p>

Notificación Anual de Cambios para el 2021

Índice

Resumen de costos importantes para el 2021	4
Sección 1 — Cambios en los beneficios y costos del próximo año.....	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en el importe de gasto máximo de bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	8
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	9
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos	9
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	12
Sección 2 — Cómo decidir qué plan elegir.....	15
Sección 2.1 – Si desea quedarse en nuestro plan Senior Advantage Basic del condado de Stanislaus.....	15
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	15
Sección 3 — Fecha límite para cambiar de plan	16
Sección 4 — Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	16
Sección 5 — Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....	16
Sección 6 — ¿Tiene alguna pregunta?	17
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de nuestro plan	17
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	18

Sección 1 — Cambios en los beneficios y costos del próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual sin los beneficios suplementarios opcionales (Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$20	\$15
Prima mensual con los beneficios suplementarios opcionales Esta prima del plan solo aplica en su caso si está inscrito en nuestro paquete de beneficios opcionales suplementarios. (Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$40	\$31

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una penalización de por vida por inscripción tardía en la Parte D por permanecer sin una cobertura de medicamentos que sea igual a la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar directamente al gobierno un monto mensual adicional por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si está recibiendo el “Beneficio Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 5 sobre el “Beneficio Adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el importe de gasto máximo de bolsillo

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto de “gastos de bolsillo” que usted paga durante el año. Este límite se llama “monto máximo de gastos de bolsillo”. En cuanto llegue a esta cantidad, por lo general, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B (y otros servicios de atención médica que no cubre Medicare según se describe en el Capítulo 4 de la **Evidencia de Cobertura**) para el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como los copagos) cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. La prima y los costos por medicamentos recetados de su plan no cuentan para el monto máximo de gasto de bolsillo.</p>	<p>\$6,700</p>	<p style="text-align: center;">\$5,900</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,900 de su bolsillo por servicios cubiertos por la Parte A y Parte B (y algunos servicios de atención médica que no cubre Medicare), no pagará nada por estos servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. Puede encontrar un **Directorio de Proveedores** actualizado en nuestro sitio web kp.org/directory. También puede llamar al Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un **Directorio de Proveedores**. Consulte nuestro **Directorio de Proveedores** para el 2021 para averiguar si sus proveedores (proveedor de atención médica primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.

Es importante que sepa que es posible que en el transcurso del año cambiemos los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte del plan. Existen diversos motivos por los cuales el proveedor podría abandonar su plan, pero si el médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores podría cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso sin interrupciones a médicos y especialistas calificados.
- Haremos lo posible para notificarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo para que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si recibe tratamiento médico, tiene derecho a presentar una solicitud y nosotros trabajaremos con usted para asegurar que no se interrumpa el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor previo o que su atención no se ha administrado apropiadamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si su médico o especialista va a abandonar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo para que administre su atención médica.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Es posible que los montos que paga por sus medicamentos recetados dependan de la farmacia que usted use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

El próximo año, habrá cambios en nuestra red de farmacias. Encontrará un **Directorio de Farmacias** actualizado en nuestro sitio web en kp.org/directory. También puede llamar al Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un **Directorio de Farmacias**. Consulte nuestro **Directorio de Farmacias** de 2021 para ver qué farmacias forman parte de nuestra red.

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

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. Estos cambios se describen en la siguiente información. Para obtener 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 usted paga)” de la **Evidencia de Cobertura** de 2021.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Atención quiropráctica Manipulación manual de la columna vertebral cubierta por Medicare.	Usted paga \$20 por consulta.	Usted paga \$15 por consulta.
Comidas con entrega a domicilio Entrega a domicilio de comidas después de recibir el alta en el hospital por una insuficiencia cardíaca congestiva (se necesita remisión).	No está cubierto.	Usted paga \$0 por hasta dos comidas por día en un periodo de cuatro semanas consecutivas una vez por año calendario.
Servicios de educación sobre la enfermedad renal	Usted paga \$0 por consulta.	Usted paga \$0 por consulta grupal y \$15 por consulta individual.
Hospitalizaciones en un hospital de atención de cuidados médicos agudos	Usted paga \$285 por día durante los primeros siete días (\$0 por el resto de su hospitalización).	Usted paga \$200 por día durante los primeros siete días (\$0 por el resto de su hospitalización).

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Hospitalizaciones en un hospital psiquiátrico	Usted paga \$230 por día durante los primeros siete días (\$0 por el resto de su hospitalización).	Usted paga \$200 por día durante los primeros siete días (\$0 por el resto de su hospitalización).
Pruebas de laboratorio, pruebas diagnósticas e imágenes diagnósticas		
<ul style="list-style-type: none"> Las siguientes pruebas de laboratorio: A1c, LDL, INR para personas con enfermedad hepática o ciertos trastornos sanguíneos, y ciertos análisis de sangre cuantitativos de glucosa. 	Usted paga \$35 por consulta.	Usted paga \$0 por consultas u hospitalizaciones médicas.
<ul style="list-style-type: none"> Otras pruebas de laboratorio. Ciertas pruebas diagnósticas como electrocardiogramas (ECG). 	Usted paga \$35 por consulta.	Usted paga \$15 por consulta.
<ul style="list-style-type: none"> Radiografías y ecografías. 	Usted paga \$45 por consulta.	Usted paga \$25 por consulta.
<ul style="list-style-type: none"> IRM, TC y TEP. 	Usted paga \$205 por intervención quirúrgica.	Usted paga \$150 por intervención quirúrgica.
Medicamentos genéricos de Medicare Parte B		
Hasta un suministro de 30 días de una farmacia de la red.	Usted paga \$18 por receta.	Usted paga \$15 por receta.
Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios	Usted paga \$15 por consulta grupal y \$30 por consulta individual.	Usted paga \$7 por consulta grupal y \$15 por consulta individual.
Consultas individuales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Usted paga \$30 por consulta.	Usted paga \$15 por consulta.
Cirugía para pacientes ambulatorios	Usted paga \$250 por procedimiento.	Usted paga \$150 por procedimiento.
Medidores de flujo máximo	Usted paga 20 % de coseguro.	Usted paga 0 % de coseguro.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla</p>	<p>Usted paga \$40 por consulta.</p>	<p>Usted paga \$25 por consulta.</p>
<p>Visitas al consultorio de atención primaria Incluye consulta para acupuntura, atención quiropráctica, visitas al consultorio de atención primaria para rehabilitación cardíaca, cuidado de los ojos brindado por un optometrista, rehabilitación pulmonar, consultas individuales de asesoramiento nutricional o alimenticio, Terapia Supervisada de Ejercicio (SET) y atención de urgencia.</p>	<p>Usted paga \$30 por consulta.</p>	<p>Usted paga \$15 por consulta.</p>
<p>Consultas al especialista Incluye cuidado de los ojos brindado por un oftalmólogo y audición, podología y consultas a especialistas para rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Usted paga \$35 por consulta.</p>	<p>Usted paga \$25 por consulta.</p>
<p>Beneficios suplementarios opcionales Este cambio sólo se aplica a los miembros que se inscribieron en los beneficios suplementarios opcionales, llamados Advantage Plus.</p> <ul style="list-style-type: none"> Beneficio de acondicionamiento físico de Silver&Fit, incluidas membresías a gimnasios. 	<p>Cubierto.</p>	<p>No está cubierto. Nota: Si usa los servicios del gimnasio a partir de la fecha de cancelación del beneficio (1 de enero de 2021), es posible que el gimnasio le facture dichos servicios.</p>

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 llama lista de medicamentos recetados disponibles o Lista de Medicamentos. Puede consultar electrónicamente una copia de nuestra Lista de Medicamentos en kp.org/seniorrx.

Hicimos cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y averiguar si habrá restricciones.

Si se ve afectado por uno de los cambios en la cobertura de medicamentos, puede:

- Consultar con su médico (u otro profesional que expida recetas) y pedirle al plan que haga una excepción para cubrir el medicamento. Les recomendamos a los miembros activos que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - ◆ Para obtener información sobre lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la **Evidencia de Cobertura**, “Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)” o llame al Servicio a los Miembros.
- Consultar con su médico (u otro profesional que expida recetas) para encontrar un medicamento diferente que cubramos. Puede llamar al Servicio a los Miembros y solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se usan como tratamiento para la misma condición médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles durante los primeros 90 días del año del plan o de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Si desea información adicional sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, vea la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**). Durante el tiempo que reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir lo que debe hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento con cobertura del plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra su medicamento actual.

Nota: Se eliminaron algunos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos para el 2021.

Si el medicamento que usa se eliminó de nuestra Lista de Medicamentos, puede consultar con su médico para averiguar si hay otro medicamento en nuestra Lista de Medicamentos que pueda utilizar. Si su médico determina que los otros fármacos disponibles no serán adecuados en su caso, usted o el médico pueden solicitar que se haga una excepción en la lista de medicamentos recetados disponibles. Si aprobamos su solicitud, para los medicamentos de marca, pagará el costo compartido aplicable a los medicamentos del Nivel 4 (de marca no preferida), o para los medicamentos genéricos, pagará el costo compartido aplicable a los medicamentos del Nivel 2 (genéricos). Además, si aprobamos una excepción para la lista de medicamentos recetados disponibles durante 2020, usted o el médico tendrán que pedir una excepción para el 2021.

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

Cuando hagamos estos cambios a nuestra Lista de Medicamentos durante el año, usted puede seguir trabajando con su médico (u otro profesional que expida recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea cuando esté programado y proporcionaremos otra información requerida que muestre esos cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podríamos realizar en nuestra Lista de Medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que ofrece ayuda para pagar sus medicamentos (“Beneficio Adicional”), la información de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso. Le enviaremos un documento por separado titulado **“Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben el Beneficio Adicional para sus Medicamentos Recetados”** (conocida también como la “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”) en el cual se explican los costos de sus medicamentos. Si recibe el “Beneficio Adicional” y no ha recibido esta cláusula antes del 30 de septiembre de 2020, llame al Servicio a los Miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La cantidad que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pagos de medicamentos en que se encuentre. (Si desea más información sobre las etapas, puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su **Evidencia de Cobertura**).

En la información a continuación, se muestran los cambios para el próximo año de las dos primeras etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura o la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Para obtener información acerca de los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en la **Evidencia de Cobertura**, que encontrará en nuestro sitio web, kp.org/eocncal. También puede llamar al Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos la **Evidencia de Cobertura** por correo).

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.

Cambios en su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Para averiguar cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, “Tipos de gastos de bolsillo que puede tener que pagar por medicamentos cubiertos”, en su **Evidencia de Cobertura**.

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponde y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surta su receta médica en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos estándar. Si desea información sobre los costos de un suministro a largo plazo o sobre el envío por correo de medicamentos recetados, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, consulte la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1, Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$6 por receta médica. • Nivel 2, Medicamentos genéricos: Usted paga \$18 por receta médica. • Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta médica. • Nivel 4, Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$100 por receta médica. • Nivel 5, Medicamentos especializados: Usted paga el 33 % del costo total. • Nivel 6, Vacunas inyectables de la Parte D: Usted paga \$0 por receta médica. <p>Una vez que los costos totales por medicamentos alcancen los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de periodo de intervalo en la cobertura).</p>	<p>Costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1, Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$5 por receta médica. • Nivel 2, Medicamentos genéricos: Usted paga \$15 por receta médica. • Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta médica. • Nivel 4, Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$100 por receta médica. • Nivel 5, Medicamentos especializados: Usted paga el 33 % del costo total. • Nivel 6, Vacunas inyectables de la Parte D: Usted paga \$0 por receta médica. <p>Una vez que los costos totales por medicamentos alcancen los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de periodo de intervalo en la cobertura).</p>

Cambios en las Etapas del Periodo de Intervalo en la Cobertura y de Cobertura para Catástrofes

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura y la Etapa de Cobertura para Catástrofes) son para personas con costos altos de medicamentos. La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura o a la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 2 — Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea quedarse en nuestro plan Senior Advantage Basic del condado de Stanislaus

No necesita hacer nada si desea quedarse en nuestro plan. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan Senior Advantage Basic del condado de Stanislaus de 2021.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si en el 2021 desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en otro plan de salud de Medicare.
- O puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, necesitará decidir si se va a inscribir 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 penalización por inscripción tardía en la Parte D.

Si desea información adicional sobre el plan Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual **Medicare y Usted 2021**, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare, www.medicare.gov/plan-compare. Aquí encontrará información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones del nivel de calidad de los planes de Medicare.

Como recordatorio, Kaiser Permanente ofrece otros planes de salud de Medicare. Dichos planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Si desea cambiarse a otro plan de salud de Medicare, inscribese en el nuevo plan. Usted será automáticamente dado de baja del plan Senior Advantage Basic del condado de Stanislaus.
- Si desea cambiarse al plan Original Medicare con un plan de medicamentos recetados, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Usted será automáticamente dado de baja del plan Senior Advantage Basic del condado de Stanislaus.
- Si desea cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, puede:
 - ◆ Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Comuníquese con el Servicio a los Miembros si necesita más información sobre cómo hacer el trámite (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6.1 de este folleto).
 - ◆ O puede comunicarse con **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 3 — Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2021.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, se permite hacer cambios en otros periodos a las personas que tienen Medicaid, las que reciben el “Beneficio Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o están abandonando la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio. Para obtener información adicional, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la **Evidencia de Cobertura**.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage antes del 1.º de enero de 2021 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2021. Para 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 (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP).

El Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico es un programa independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que obtiene financiamiento del gobierno federal y que ofrece asesoramiento sin costo sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico pueden ayudarlo si tiene alguna pregunta o problema relacionados con Medicare. Ellos pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico al **1-800-434-0222** (los usuarios de TTY deben marcar el **711**). Puede obtener más información sobre el Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico en su sitio web (www.aging.ca.gov/HICAP/).

Sección 5 — Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted podría reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, mencionamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Beneficio Adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con bajos ingresos cumplan los requisitos para obtener el “Beneficio Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 %

o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Además, quienes cumplan con los requisitos no tendrán un periodo de intervalo en la cobertura ni penalización por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si cumple con los requisitos, llame:

- ◆ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- ◆ A la oficina del Seguro Social al teléfono **1-800-772-1213** de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes) o
- ◆ A su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia con el Costo Compartido de las Recetas Médicas para las Personas con VIH o SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas con VIH o SIDA que califican para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Estas personas deben cumplir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y de VIH; contar con bajos ingresos, de acuerdo con la definición del estado; y no tener seguro o tener una cobertura insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para ayuda en el costo compartido de las recetas médicas por medio del **Programa de Asistencia para Comprar Medicamentos Contra el SIDA (ADAP) de California**. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame a la central de llamadas ADAP al **1-844-421-7050** de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos).

Sección 6 — ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de nuestro plan

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**. (Para los usuarios de TTY, llame al **711**). Atendemos las llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la Evidencia de Cobertura de 2021 (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Esta **Notificación Anual de Cambios** le ofrece un resumen de los cambios en los beneficios y costos que hará su plan para el 2021. Para más información, consulte la **Evidencia de Cobertura 2021** de nuestro plan. La **Evidencia de Cobertura** es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que necesita seguir cuando use su cobertura para recibir servicios cubiertos y obtener medicamentos recetados médica.

Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web, **kp.org/eocncal**. También puede llamar al Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos la **Evidencia de Cobertura** por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, **kp.org**. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (**Directorio de Proveedores**) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos recetados disponibles/Lista de Medicamentos).

Sección 6.2 – 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**). Contiene información sobre el costo, la cobertura y las clasificaciones del nivel de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de Planes de Medicare, que se encuentra en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite el sitio **www.medicare.gov/plan-compare**).
- **Lea el manual Medicare y Usted 2021**
 - ◆ Puede leer el manual **Medicare y Usted 2021**. Este folleto se envía por correo anualmente en otoño a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare y responde las preguntas más comunes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtener una en el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**) o llamando a **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**.

Servicio a los Miembros del plan Kaiser Permanente Senior Advantage

MÉTODO	Servicio a los Miembros: información de contacto
LLAMADAS	1-800-443-0815 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro de atención de la red (consulte las ubicaciones en el Directorio de Proveedores).
SITIO WEB	kp.org

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, país de origen, discapacidad o sexo.

Además, nosotros:

- proporcionamos ayuda y servicios sin costo a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
 - ◆ intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - ◆ información por escrito en otros formatos, como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - ◆ intérpretes calificados
 - ◆ información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-443-0815** (línea TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Si usted cree que Kaiser Permanente no proporcionó estos servicios o discriminó de alguna forma ya sea por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito con nuestro coordinador de derechos civiles en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 o llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece arriba. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja informal en la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o por teléfono al: **1-800-368-1019, 800-537-7697 (línea TDD)**. Los formularios de quejas informales están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services

English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-443-0815** (TTY: 711)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-800-443-0815 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք **1-800-443-0815** (TTY (հեռատիպ) 711):

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-443-0815** (телетайп: 711).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-443-0815** (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

1-800-443-0815 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ
គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-443-0815** (TTY: **711**)។

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj.
Hu rau **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
1-800-443-0815 (TTY: **711**) पर कॉल करें।

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-443-0815**
(TTY: **711**).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می
باشد. با **1-800-443-0815** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم -
5180-344-008-1 (رقم هاتف الصم والبكم: **117**).

Información adicional sobre el plan

Directorios de Proveedores

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o una farmacia de la red, visite kp.org/directory y acceda a nuestro directorio en línea (nota: Los directorios de 2021 estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre de 2020, de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Si desea que le enviemos por correo postal un Directorio de Proveedores o un Directorio de Farmacias (si corresponde), puede llamar a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** (línea TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D

En nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, se mencionan los medicamentos de Medicare Parte D que cubrimos. La lista de medicamentos recetados disponibles puede cambiar en cualquier momento. Se lo notificará cuando sea necesario. Si tiene alguna duda sobre los medicamentos cubiertos, consulte nuestra lista de medicamentos recetados disponibles en línea (nota: La lista de medicamentos recetados disponibles de 2021 estará disponible en línea a partir del 15 de octubre de 2020, de acuerdo con los requisitos de Medicare) en kp.org/seniorrx.

Si desea que le enviemos por correo postal una lista de medicamentos recetados disponibles, puede llamar a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** (línea TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Evidencia de Cobertura (EOC)

En la EOC se explica cómo obtener atención médica y los medicamentos recetados cubiertos por medio de su plan. En ella, también se explican sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y qué debe pagar como miembro de Kaiser Permanente. Si tiene alguna duda sobre su cobertura, visite kp.org/eocncal, para ver la EOC en línea (nota: La EOC de 2021 para el Norte de California estará disponible en línea a partir del 15 de octubre de 2020, de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Si desea que le enviemos por correo postal la EOC, puede llamar a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** (línea TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.