

Notificación Anual de Cambios para 2021

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

Qué debe hacer ahora

1. Pregunta: ¿Qué cambios aplicarán para usted?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - ◆ Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cumpla sus necesidades el próximo año.
 - ◆ ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
 - ◆ Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los 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 diferente?
 - ◆ ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como el requisito de 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 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- ◆ 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 señalan a 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 en nuestra red el próximo año.
 - ◆ ¿Sus médicos, incluidos los especialistas a los que acude con regularidad, están en 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 atención médica.
 - ◆ ¿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 en si está satisfecho con nuestro plan.
- 2. Compare:** Obtenga más información sobre otras opciones de planes.
- Revise la cobertura y los costos del plan 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 contraportada del manual **Medicare y Usted**.
 - ◆ Consulte la Sección 2.2 si desea información adicional sobre sus opciones.
 - Una vez que delimite sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.
- 3. Elija:** Decida si quiere o no cambiar de plan.
- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, seguirá inscrito en nuestro plan Senior Advantage Medicare Medicaid.
 - Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, puede cambiarse a **otro plan** que satisfaga mejor sus necesidades. Consulte la página 15 de la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- 4. Inscríbase:** Para cambiar de plan, inscríbase 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 Medicare Medicaid.
- Si se **inscribe en otro plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2021**. Se cancelará automáticamente su membresía de su plan actual.

Recursos adicionales

- This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at **1-800-476-2167** 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 de forma gratuita en español. Si desea información adicional, por favor llame al número de nuestro Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167** (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.
- Este documento está disponible en braille, letra grande o en CD; si necesita uno de estos formatos, llame a Servicio a los Miembros.
- La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (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 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid Plan

- Kaiser Permanente es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto se utilizan los términos "nosotros", "nos", "nuestro(a)" o "nuestros(as)", se hace referencia a Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (el Plan de Salud). Cuando se usan las palabras "plan" o "nuestro plan", se hace referencia a Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid Plan (Senior Advantage Medicare Medicaid).

Resumen de costos importantes para 2021

En la siguiente tabla se comparan los costos de nuestro plan Senior Advantage Medicare Medicaid en varias áreas importantes para 2020 y 2021. Tenga en cuenta que este solo es un resumen de los cambios. Encontrará una copia de la **Evidence of Coverage** (Evidencia de Cobertura) en nuestro sitio web, kp.org/eocodb. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos una **Evidence of Coverage** por correo.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima podría ser superior o inferior a este monto. Consulte los detalles en la Sección 1.1.	\$29.10 si no califica para recibir ayuda por medio del programa "Extra Help".*	\$29.80 si no califica para recibir ayuda por medio del programa "Extra Help".*
Visitas al consultorio del médico	Consultas para atención médica primaria y especializada: \$0 o \$2 por consulta. Si reúne los requisitos para recibir asistencia para el costo compartido de Medicare por medio de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.	Consultas para atención médica primaria y especializada: \$0 por consulta.
Hospitalizaciones de pacientes internos 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 formalmente en un hospital a petición de un médico. El día anterior al alta hospitalaria es el último día como paciente hospitalizado.	Por cada hospitalización, \$0 o \$145 al día, del día 1 al 5. Si reúne los requisitos para recibir asistencia para el costo compartido de Medicare por medio de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.	Por cada hospitalización, \$0 o \$225 al día, del día 1 al 5. Si reúne los requisitos para recibir asistencia para el costo compartido de Medicare por medio de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D</p> <p>Etapa de deducible</p> <p>Costo compartido durante la Etapa de Cobertura Inicial (suministro para un máximo de 30 días)</p>	<p>(Consulte los detalles en la Sección 1.6).</p>	
	<p>\$435</p> <p>Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial si no reúne los requisitos para recibir ayuda por medio del programa "Extra Help": 25 %</p>	<p>\$445</p> <p>Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial si no reúne los requisitos para recibir ayuda por medio del programa "Extra Help": 25 %</p>
<p>Monto de gastos máximos de bolsillo</p> <p>Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte los detalles en la Sección 1.2).</p>	<p>\$3,400</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia para el costo compartido de Medicare por medio de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para satisfacer el monto de gastos máximos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$6,700</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia para el costo compartido de Medicare por medio de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para satisfacer el monto de gastos máximos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Notificación Anual de Cambios para 2021

Índice

Resumen de costos importantes para 2021	4
Sección 1 — Cambios en los beneficios y costos del próximo año	7
Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en el monto de gastos máximos 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 costos de servicios médicos	9
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos de venta con receta médica de la Parte D.....	12
Sección 2 — Cómo decidir qué plan escoger	14
Sección 2.1 – Si desea quedarse en nuestro plan Senior Advantage Medicare Medicaid	14
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	15
Sección 3 — Cambiar de plan.....	15
Sección 4 — Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	16
Sección 5 — Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....	16
Sección 6 — ¿Tiene alguna pregunta?.....	17
Sección 6.1 – Recibir ayuda de nuestro plan	17
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	18
Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	18

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

Sección 1.1 — Cambios a la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Prima mensual</p> <p>(Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).</p> <p>Si califica para recibir "Extra Help", su prima mensual variará dependiendo de su nivel de Extra Help. Para obtener información sobre las primas, consulte la sección "Cláusula de la Evidence of Coverage para las Personas que Reciben Extra Help para Pagar sus Medicamentos Recetados" (también conocida como "Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos" o la "Cláusula LIS").</p>	<p>\$29.10 si no califica para recibir ayuda por medio del programa "Extra Help".</p>	<p>\$29.80 si no califica para recibir ayuda por medio del programa "Extra Help".</p>

Sección 1.2 – Cambios en el monto de gastos máximos 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 de gastos máximos de bolsillo". Cuando alcance este monto, por lo general, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (ni por otros servicios de atención médica que no cubre Medicare, según se describe en el Capítulo 4 de la **Evidence of Coverage**) el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Monto de gastos máximos de bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos miembros llegan a alcanzar estos gastos máximos de bolsillo. Si reúne los requisitos para recibir asistencia con los copagos de la Parte A y Parte B por medio de Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo por</p>	<p>\$3,400</p>	<p>\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B (así como por algunos servicios de atención para la salud que no cubre Medicare), no pagará nada por estos servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el monto de gastos máximos de bolsillo. La prima y los costos por medicamentos recetados de su plan no cuentan para el monto de gastos máximos de bolsillo.</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 en kp.org/directory. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un **Directorio de Proveedores** por correo. Revise el **Directorio de Proveedores** de 2021 para averiguar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en 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 de su plan. Existen diversos motivos por los cuales su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista deja el 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 todo 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.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si recibe tratamiento médico, tiene derecho a presentar una solicitud para que no se interrumpa el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que está recibiendo; nosotros trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se ha administrado apropiadamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista va a abandonar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo 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. Puede encontrar un **Directorio de Farmacias** actualizado en nuestro sitio web, kp.org/directory. También puede llamar a 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 saber qué farmacias forman parte de nuestra red.

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

Tenga en cuenta que la **Notificación Anual de Cambios** le informa sobre los cambios en los beneficios y costos de Medicare.

Cambiaremos 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 (lo que está cubierto y lo que usted paga)" de la **Evidence of Coverage** de 2021. Encontrará una copia de la Evidence of Coverage en nuestro sitio web, kp.org/eocodb. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos una **Evidence of Coverage** por correo.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga \$0 o \$2 por consulta.	Usted paga \$0 por consulta.
<p>Servicios dentales Cubrimos los siguientes servicios dentales cuando son provistos por dentistas de Delta Dental Premier o Delta Dental PPO (enumerados en el Directorio de Proveedores):</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales preventivos y de diagnóstico 	No está cubierto.	<p>usted paga \$0 por servicio por estos servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen bucal (limitado a dos exámenes bucales por año calendario). Profilaxis (limitado a dos limpiezas por año calendario).

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Fluoruro tópico (una vez cada 12 meses). • Radiografía panorámica o completa de la boca (una vez cada 60 meses). • Radiografía de aleta de mordida (un conjunto cada 12 meses). • Radiografía periapical (cuatro cada 12 meses). • Radiografía oclusal (dos cada 12 meses). • Pruebas de vitalidad pulpar.
Servicios para la audición <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico de audición y equilibrio. 	Usted paga \$0 o \$2 por consulta.	Usted paga \$0 por consulta.
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de audición de rutina. • Evaluación y pruebas de ajuste de los audífonos. 	Usted paga \$2 por consulta.	Usted paga \$0 por consulta.
Atención para pacientes hospitalizados	Usted paga \$0 o \$145 al día, del día 1 al 5 (\$0 durante el resto de su hospitalización).	Usted paga \$0 o \$225 al día, del día 1 al 5 (\$0 durante el resto de su hospitalización).
Tratamiento de reemplazo de nicotina de venta sin receta Proporcionamos un suministro de hasta 90 días dos veces durante el año calendario de medicamentos de venta sin receta para dejar de fumar cuando lo ordene un proveedor de la red y se obtenga a través de una farmacia de la red.	No está cubierto.	Usted paga \$0
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	Usted paga \$0 o \$2 por consulta.	Usted paga \$0 por consulta.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Visitas al consultorio de atención primaria Incluidas las consultas para la capacitación sobre el autocontrol de la diabetes y la educación sobre enfermedades renales.</p>	<p>Usted paga \$0 o \$2 por consulta.</p>	<p>Usted paga \$0 por consulta.</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF)</p>	<p>Por periodo de beneficios, usted paga \$0 o \$100 al día, del día 21 al 54, y \$0, del día 55 al 100.</p>	<p>Por periodo de beneficios, usted paga \$0 o \$176 al día, del día 21 al 59, y \$0, del día 60 al 100.</p>
<p>Consultas con un especialista Incluidas las consultas de acupuntura, capacitación sobre el autocontrol de la diabetes, educación sobre enfermedades renales, programa de tratamiento con opioides y podiatría.</p>	<p>Usted paga \$0 o \$2 por consulta.</p>	<p>Usted paga \$0 por consulta.</p>
<p>Beneficios de transporte Transporte (limitado a viajes unidireccionales de 50 millas) ya sea para ir a o regresar de la ubicación de un proveedor de la red cuando se proporciona por nuestro proveedor de transporte designado.</p>	<p>No está cubierto.</p>	<p>Usted paga \$0 por hasta 18 viajes unidireccionales por año calendario.</p>
<p>Servicios para la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes rutinarios de los ojos • Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones de los ojos y servicios de retinopatía diabética. 	<p>Usted paga \$2 por consulta.</p> <p>Usted paga \$0 o \$2 por consulta.</p>	<p>Usted paga \$0 por consulta.</p> <p>Usted paga \$0 por consulta.</p>

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos de venta con receta médica 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 una copia de nuestra Lista de Medicamentos en formato electrónico, en kp.org/seniorrx.

Efectuamos cambios en 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:

- Colaborar 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 **Evidence of Coverage**, "Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)", o llame a Servicio a los Miembros.
- Colaborar con su médico (u el profesional que expida recetas) para encontrar un medicamento diferente que cubramos. Puede llamar a Servicio a los Miembros y solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se usan para tratar la misma afección 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. (Para obtener más información sobre cuándo puede recibir un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la **Evidence of Coverage**). Durante el tiempo que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su 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: Ciertos medicamentos se eliminaron de nuestra Lista de Medicamentos de 2021. Si su medicamento se eliminó de la Lista de Medicamentos, puede hablar con su médico sobre otros medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos que funcionarán para usted. Si su médico determina que otros medicamentos no funcionarán para usted, usted o su médico pueden solicitar que se realice una excepción de la lista de medicamentos recetados disponibles. Si aprobamos su solicitud, para medicamentos de marca, usted pagará el costo compartido correspondiente a los medicamentos del Nivel 4 (de marca no preferida), o para los medicamentos genéricos, pagará el costo compartido correspondiente a los medicamentos del Nivel 2 (genéricos). Además, si aprobamos una excepción de la lista de medicamentos recetados disponibles para usted en 2020, usted o su médico deben solicitar una excepción de la lista de medicamentos recetados disponibles para 2021.

La mayoría de los cambios en nuestra Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare a lo largo del año.

Cuando hagamos estos cambios durante el año a nuestra Lista de Medicamentos, usted puede seguir trabajando con su médico (u otro profesional que expida recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento. Asimismo, seguiremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea según lo previsto y proporcionando más información necesaria para reflejar los cambios a los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podríamos realizar a nuestra Lista de Medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la **Evidence of Coverage**).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que le ofrece ayuda para pagar sus medicamentos ("Extra Help"), la información de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted. Le enviamos un documento por separado, llamado "**Cláusula de la Evidence of Coverage para Quienes Reciben Extra Help para Pagar sus Medicamentos Recetados**" (también conocida como "Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos" o la "Cláusula LIS"), que incluye información sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Extra Help" y no ha recibido esta cláusula a más tardar el 30 de septiembre de 2020, llame a Servicio a los Miembros y solicite la "Cláusula LIS".

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos". El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra. (Consulte la Sección 2 en el Capítulo 6 de su **Evidence of Coverage** para obtener más información sobre las etapas).

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 de Periodo de Intervalo en la Cobertura o la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Si desea recibir información acerca de sus costos en estas etapas, consulte su **Resumen de Beneficios** o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la **Evidence of Coverage**).

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$435 si no reúne los requisitos para recibir ayuda por medio del programa "Extra Help".</p>	<p>El deducible es de \$445 si no reúne los requisitos para recibir ayuda por medio del programa "Extra Help".</p>

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 paga por medicamentos cubiertos", de su **Evidence of Coverage**.

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que pague su deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponda y usted paga la suya.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surte su receta médica en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos normales. Para obtener 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 la Evidence of Coverage.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red si no reúne los requisitos para recibir ayuda por medio del programa "Extra Help":</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 25 % del costo total. <p>En cuanto sus costos totales por medicamentos alcancen los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red si no reúne los requisitos para recibir ayuda por medio del programa "Extra Help":</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 25 % del costo total. <p>En cuanto sus costos totales por medicamentos alcancen los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura).</p>

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

La Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura y la Etapa de Cobertura para Catástrofes son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para las personas con costos de medicamentos elevados. La mayoría de los miembros no alcanzan ninguna de estas etapas. Si desea obtener información acerca de sus costos en estas etapas, consulte su **Resumen de Beneficios** o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su **Evidence of Coverage**.

Sección 2 — Cómo decidir qué plan escoger

Sección 2.1 – Si desea quedarse en nuestro plan Senior Advantage Medicare Medicaid

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 en el plan Senior Advantage Medicare Medicaid para 2021.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

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

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- O puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual **Medicare y Usted** 2021, comuníquese con el personal del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico de su área (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. Visite www.medicare.gov/plan-compare. Ahí 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 los costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Si desea cambiarse a otro plan de salud de Medicare, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su membresía en el plan Senior Advantage Medicare Medicaid.
- Si desea cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados, inscríbese en el plan nuevo de medicamentos. Se cancelará automáticamente su membresía en el plan Senior Advantage Medicare Medicaid.
- Si desea cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, puede:
 - ◆ Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su membresía. Comuníquese con Servicio a los Miembros si necesita información adicional sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6.1 de este folleto).
 - ◆ O comunicarse con **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que se cancele su membresía. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática.

Sección 3 — 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.º de enero de 2021.

1-800-476-2167 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, se permite hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, se permite hacer cambios en otros momentos del año a las personas que tienen Medicaid, las que reciben "Extra Help" para pagar sus medicamentos, las que tienen o están abandonando la cobertura de un empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

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 obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la **Evidence of Coverage**.

Sección 4 — Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Colorado, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico de Colorado.

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico de Colorado 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 gratuito sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico de Colorado pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de plan. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico de Colorado al **1-888-696-7213**. Puede obtener más información sobre el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico de Colorado si visita su sitio web (<https://www.colorado.gov/pacific/dora/senior-healthcare-medicare>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado) llamando al **1-800-221-3943**, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:15 p. m., excepto los viernes de 10 a. m. a 11 a. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que recibe su cobertura de Medicaid.

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 diversos tipos de ayuda:

- **"Extra Help" de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en "Extra Help", también llamado el Subsidio por Bajos Ingresos. "Extra Help" paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Puesto que reúne los

requisitos, no tendrá un periodo de intervalo en la cobertura ni penalización por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre "Extra Help", llame a:

- ◆ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - ◆ La oficina del Seguro Social al **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 del programa estatal de ayuda para gastos de farmacia.** Colorado cuenta con un programa llamado Bridging the Gap Colorado que ayuda a la gente a pagar los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 4 de este folleto).
 - **Asistencia con el Costo Compartido de las Recetas Médicas para las Personas con VIH o SIDA.** El AIDS Drug Assistance Program (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 vidas. 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 la ayuda con el costo compartido de las recetas médicas por medio de **Bridging the Gap Colorado**. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Bridging the Gap Colorado al **303-692-2716**.

Sección 6 — ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 6.1 — Recibir ayuda de nuestro plan

¿Tiene alguna pregunta? Estamos listos para ayudarle. Llame al Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167**. (Únicamente los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su Evidence of Coverage de 2021 (contiene los detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)

Esta **Notificación Anual de Cambios** le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Si desea obtener los detalles, consulte la **Evidence of Coverage** de 2021 de nuestro plan. La Evidence of Coverage es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que necesita seguir para obtener los servicios y medicamentos de venta con receta cubiertos.

Encontrará una copia de la **Evidence of Coverage** en nuestro sitio web, kp.org/eocodb. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos una **Evidence of Coverage** por correo.

1-800-476-2167 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, **kp.org/espanol**. 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**
 - ◆ También 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 ayudarle 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 información sobre los planes, visite **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 un ejemplar de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (**http://www.medicare.gov**) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado) sin costo al **1-800-221-3943**, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:15 p. m., excepto los viernes de 10 a. m. a 11 a. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage
Medicare Medicaid**

MÉTODO	Servicio a los Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. 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 no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Kaiser Foundation Health Plan of Colorado 2500 South Havana Street Aurora, CO 80014-1622
SITIO WEB	kp.org/espanol