

CCHP Senior Value Program (HMO) ofrecido por Chinese Community Health Plans

Aviso anual de cambios para 2022

Usted está actualmente inscrito como miembro de *CCHP Senior Value Program (HMO)*. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. Este folleto describe los cambios.

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Lo que debe hacer ahora

1. PREGUNTAR: Cuáles cambios le afectan a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan a usted.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las secciones 2.1 y 2.5 para obtener información sobre los cambios a los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en nuestra cobertura para medicamentos con receta que aparecen en el folleto para saber si lo afectan a usted.
 - ¿Están cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Se encuentran sus medicamentos en un nivel diferente, con diferentes costos compartidos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de obtener el medicamento en la farmacia?
 - ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de utilizar esta farmacia?
 - Consulte la Sección 2.6 en la Lista de Medicamentos de 2022 para obtener información sobre cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de desembolso durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace de los “tableros” en el medio de la segunda nota hacia la parte inferior de la página. Estos tableros destacan qué fabricantes

han aumentado sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus médicos, incluyendo especialistas que ve regularmente, en nuestra red?
 - ¿Y qué tal los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 2.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores.

- Piense en los costos generales de la atención de la salud.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto dinero gastará en sus primas y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Infórmese acerca de otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes de su área.
 - Use el Buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista que aparece en la parte de atrás de *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022).
 - Consulte la Sección 3.2 para aprender más sobre sus opciones

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

3. ESCOJA: Decida si quiere cambiar su plan

- Si no elige otro plan para el 7 de diciembre de 2021, usted seguirá inscrito en *CCHP Senior Value Program (HMO)*.
- Para cambiarse a un **plan diferente** que cumpla mejor con sus necesidades, usted puede cambiarse a otro plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiarse de plan, inscríbese en un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, 2021

- Si usted no se inscribe en otro plan a más tardar del **7 de diciembre, 2021**, permanecerá inscrito en *CCHP Senior Value Program (HMO)*.

- Si usted se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre, 2021, su nueva cobertura empezará el 1 de enero, 2022. Sera automáticamente dado de baja de su plan actual.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible en chino y español sin costo alguno.
- Por favor llame a nuestro número de Servicios para Miembros al 1-888-775-7888 para más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-681-8898). Nuestro horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m, los 7 días de la semana.
- Esta información está disponible en otros idiomas sin costo alguno. Por favor llame a nuestro número de Servicios para Miembros al 1-888-775-7888 para más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-681-8898). Nuestro horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana. Servicio para Miembros también provee servicios de intérpretes gratis para las personas que no hablan inglés.
- 此文件有其它的語言版本免費提供. 了解詳情請致電: 1-888-775-7888 與會員服務中心聯絡。(聽力殘障人士請電 TTY1-877-681-8898, 每週七天, 上午 8 時至晚上 8 時. 會員服務中心也有提供免費其它語言的口譯服務.
- *Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener más información, puede llamar al Servicio para los miembros al 1-888-775-7888. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-681-8898.)* **La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de salud calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del 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.

Acerca de CCHP Senior Value Program (HMO)

- *CCHP Senior Value Program (HMO) es un plan HMO que tiene un contrato Medicare. La inscripción en CCHP Senior Value Program (HMO) depende en la renovación de contrato.*
- *Cuando este folleto se refiere a “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Chinese Community Health Plan. Cuando se refiere a “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a CCHP Senior Value Program (HMO).*

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para CCHP Senior Value Program (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es sólo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.medicare.gov/plan-compare. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una Evidencia de Cobertura.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan * *Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para más detalles.	\$0 al mes	\$0 al mes
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 2.2 para más detalles.)	\$7,550	\$7,550
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$10 por consulta Consulta a especialistas: \$35 por consulta	Consultas de atención primaria: \$10 por consulta Consulta a especialistas: \$35 por consulta

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Estancia en un hospital como paciente interno Incluye hospitalización aguda, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de ser dado de alta es su último día de hospitalización.</p>	<p>Días 1 a 7: copago de \$230/día en el Chinese Hospital</p> <p>Días 1 a 7: copago de \$305/día en los demás hospitales dentro de la red</p> <p>Días 8+: copago de \$0 al día</p>	<p><i>Días 1 a 7: copago de \$150 por día en el Chinese Hospital</i></p> <p><i>Días 1 a 7: copago de \$315 al día en los demás hospitales dentro de la red</i></p> <p><i>Días 8+: copago de \$0 al día</i></p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para detalles.)</p>	<p>Deducible: \$100</p> <p>Copago/Coseguro si aplica durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: copago de \$5 por un suministro para 1 mes (30 días) • Medicamentos de Nivel 2: copago de \$12 por un suministro para 1 mes (30 días) • Medicamentos de Nivel 3: copago de \$47 un suministro para 1 mes (30 días) • Medicamentos de Nivel 4: copago de \$100 por un suministro para 1 mes (30 días) • Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 31% por un suministro para 1 mes (30 días) 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro si aplica durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: copago de \$5 por un suministro para 1 mes (30 días) • Medicamentos de Nivel 2: copago de \$12 por un suministro para 1 mes (30 días) • Medicamentos de Nivel 3: copago de \$47 un suministro para 1 mes (30 días) • Medicamentos de Nivel 4: copago de \$100 por un suministro para 1 mes (30 días) • Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 31% por un suministro para 1 mes (30 días)

Aviso anual de cambios para 2022 Índice

Resumen de costos importantes para 2022	3
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será automáticamente inscrito en <i>CCHP Senior Value Program (HMO)</i> en 2022	4
SECCIÓN 2 Cambios en el beneficio y costo para el próximo año	4
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	5
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	5
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores	5
Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias	6
Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos	6
Sección 2.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	13
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	17
Sección 3.1 – Si desea permanecer en <i>CCHP Senior Value Program (HMO)</i>	17
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan.....	18
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	19
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	19
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	19
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	20
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de <i>CCHP Senior Value Program (HMO)</i>	20
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare.....	21

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será automáticamente inscrito en CCHP Senior Value Program (HMO) en 2022

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare para el 7 de diciembre de 2021, lo inscribiremos automáticamente en CCHP Senior Value Program (HMO). Esto significa que a partir del 1 de enero de 2022, usted obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través del CCHP Senior Value Program (HMO). Si lo desea, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare distinto. También puede cambiarse a Original Medicare. Si quiere cambiarse de plan, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si usted es elegible para la "Ayuda Adicional", puede cambiar de plan en cualquier momento.

La información contenida en este documento trata sobre las diferencias existentes entre los beneficios actuales que recibe en CCHP Senior Value Program (HMO) y los beneficios que tendrá a partir del 1 de enero de 2022 como miembro de CCHP Senior Value Program (HMO).

SECCIÓN 2 Cambios en el beneficio y costo para el próximo año

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.)	\$0	No hay cambios

- La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si está recibiendo "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos con receta. Por favor consulte la Sección 6 sobre la "Ayuda Adicional" de Medicare.

Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$7,550	<i>No hay cambios</i> Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web en www.CCHPHealthPlan.com/medicare. También puede llamar a Servicio para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Por favor revise el Directorio de proveedores de 2022 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) aún se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que es posible que nosotros realicemos cambios sobre los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay una serie de razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Siempre que sea posible le avisaremos con una antelación mínima de 30 días si su proveedor está dejando nuestro plan para que usted tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.

- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar manejando sus necesidades de atención médica.
- Si se somete a un tratamiento médico usted tiene el derecho de solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si usted cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no está siendo manejado apropiadamente, usted tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista va a dejar su plan por favor póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para manejar su cuidado.

Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos sólo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, lo cual puede ofrecerle un monto menor de costo compartido que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.CCHPHealthPlan.com/medicare. También puede llamar a Servicio para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias por correo. **Por favor revise el Directorio de farmacias de 2022 para verificar cuáles farmacias aún se encuentran en nuestra red.**

Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La información siguiente describe estos cambios. 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), en su Evidencia de Cobertura de 2022.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Hospital para pacientes internos	Días 1 a 7: Copago de \$230/día en Chinese Hospital	Días 1 a 7: Copago de \$150/día en Chinese Hospital
	Días 1 a 7: Copago de \$305/día en los demás hospitales dentro de la red	Días 1 a 7: Copago de \$315/día en los demás hospitales dentro de la red
	Días 8+: Copago de \$0/día	Días 8+: Copago de \$0/día
Hospital para pacientes externos	Copago de \$180/día en Chinese Hospital	Copago de \$230/día en Chinese Hospital
	Copago de \$300/día en los demás hospitales dentro de la red	Copago de \$310/día en los demás hospitales dentro de la red
Transporte	Sin cobertura	<i>12 viajes de ida y vuelta o 7 viajes de una vía</i>
Acupuntura/Quiropráctica	Sin cobertura	Permite 15 consultas al año con un copago de \$10 sin referencia
Servicios de audición	Copago de \$35	Copago de \$20 por hasta un examen de rutina al año
		No se requiere autorización ni referencia

Examen de evaluación/ajuste de audífonos Sin cobertura

Usted paga \$0 de su bolsillo por un examen de evaluación/ajuste de audífonos, cubierto por NationsHearing.

Audífonos: el copago se aplica al costo de los audífonos. Los miembros tienen acceso a los 5 niveles de tecnología y son responsables de los siguientes copagos por audífono:

- Entrada- \$ 600.00
- Básico- \$ 775.00
- Prime- \$ 1,075.00
- Avanzado - \$ 1,675.00
- Premium- \$ 2,075.00

Limitado a tipos y modelos seleccionados por NationsHearing. Las compras de audífonos incluyen:

- Tres (3) visitas de seguimiento dentro del primer año de la fecha de ajuste inicial
- Período de prueba de 60 días a partir de la fecha de ajuste
- 60 baterías por año por audífono (suministro para 3 años)
- Garantía de reparación del fabricante por tres años
- Cobertura de reemplazo por única vez para audífonos perdidos, robados o dañados (se puede aplicar un deducible por audífono)

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Primer juego de moldes para los oídos cuando sea necesario <p>Usted debe obtener sus audífonos a través de NationsHearing. Por favor contacte a NationsHearing por teléfono en (877) 392-3753 TTY: 711, o en el internet en www.nationshearing.com/cchp para más información o para hacer una cita.</p>

Sección 2.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le proveemos una copia de nuestra Lista de Medicamentos electrónicamente. **Puede obtener la Lista de medicamentos completa** llamando a Servicios para Miembros (consulte la contraportada) o visitando nuestro sitio web en www.CCHPHealthPlan.com/medicare.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

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

- **Consultar a su médico (u otra persona que recete) y pedir al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Exhortamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para obtener más información sobre lo que debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas))* o llame a Servicios para los miembros.

- **Consultar a su médico (u otra persona que recete) para encontrar un medicamento distinto** que esté cubierto. Puede llamar al Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunos casos, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el formulario en los primeros 90 días de cobertura del plan del año o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la Evidencia de cobertura). Durante el tiempo en que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si ha recibido una excepción al formulario para su medicamento actual, el plan continuará cubriendo su medicamento hasta por 12 meses a partir de la fecha en que se otorgó la excepción. Después de 12 meses, puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o enviar una nueva solicitud de excepción para que el plan cubra su medicamento actual.

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

A partir de 2022, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambos.

Esto significa, por ejemplo, si usted está tomando un medicamento de marca que está siendo reemplazado o trasladado a un nivel de costo compartido más alto, ya no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o de que recibamos un suministro de un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, usted seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que se haya realizado el cambio.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, puede seguir consultando con su médico (u otra persona que recete) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre costos para medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso.** Hemos incluido un documento separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre el costo de sus medicamentos. Porque usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió este documento con el paquete, llame a Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 7.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono de Servicios para los miembros.

Existen cuatro etapas de “pago de los medicamentos”. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede buscar en Sección 2 del Capítulo 6 de la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que está en nuestro sitio web en www.CCHPHealthPlan.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una Evidencia de cobertura.)

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	En 2021, usted paga el costo total de su marca preferida, marca no preferida, y medicamentos especiales hasta que pague su deducible (\$100).	Como no hay deducible, esta etapa de pago no aplica para usted.

Cambios en sus pagos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y coseguros, revise el Capítulo 6, Sección 1.2, Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga \$5 por receta por un suministro de un mes (30 días)</p> <p>Nivel 2: Usted paga \$12 por receta por un suministro de un mes (30 días)</p> <p>Nivel 3: Usted paga \$47 por receta por un suministro de un mes (30 días)</p> <p>Nivel 4: Usted paga \$100 por receta por un suministro de un mes (30 días)</p> <p>Nivel 5: Usted paga el 31% del costo total por un suministro de un mes (30 días)</p>	<p><i>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</i></p> <p><i>Nivel 1: Usted paga \$5 por receta por un suministro de un mes (30 días)</i></p> <p><i>Nivel 2: Usted paga \$12 por receta por un suministro de un mes (30 días)</i></p> <p><i>Nivel 3: Usted paga \$47 por receta por un suministro de un mes (30 días)</i></p> <p><i>Nivel 4: Usted paga \$100 por receta por un suministro de un mes (30 días)</i></p> <p><i>Nivel 5: Usted paga el 31% del costo total por un suministro de un mes (30 días)</i></p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos de esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Para obtener información acerca de los costos consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelo en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos alcancen los \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos alcancen los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

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

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos: la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en *CCHP Senior Value Program (HMO)*

Para seguir inscrito en nuestro plan no será necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare para el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan *CCHP Senior Value Program (HMO)*.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

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

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente a tiempo,
- -- O-- Puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información acerca de Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You (Medicare y Usted) 2022*, llame a su Programa estatal de asistencia de seguros de salud (consulte la sección 5), o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

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

Le recordamos que Chinese Community Health Plan ofrece planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiarse a un **plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el plan nuevo. Su inscripción en *CCHP Senior Value Program (HMO)* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en *CCHP Senior Value Program (HMO)* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe elegir una de las siguientes opciones:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio para los miembros (en la Sección 7.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - – o – comuníquese con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, lo puede hacer desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la Evidencia de Cobertura.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le agrada su opción del plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2022. Para más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En California, SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP, por sus siglas en inglés).

El Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) es independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en **forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) al 1-800-434-0222. Para obtener más información sobre el Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP), visite su sitio web (www.aging.ca.gov/hicap).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación encontrará diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la "Ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán un intervalo de cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - La Administración del 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).
- **Asistencia con los costos compartidos de recetas para personas que padecen del VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas que reúnan los requisitos de ADAP y que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y estatus de VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el Estado, y no estar asegurados o estar infra asegurados. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de recetas a través del Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP). Para obtener información sobre los requisitos, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al Condado de San Francisco: 1-415-554-9172 y al Condado de San Mateo: 1-650-573-3406.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de CCHP Senior Value Program (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio para los Miembros al 1-888-775-7888, (solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-681-8898). Estamos disponible para llamadas telefónicas los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2022 para CCHP Senior Value Program (HMO)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Usted puede encontrar una copia de la *Evidencia de*

cobertura en nuestro sitio web en www.CCHPHealthPlan.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.CCHPHealthPlan.com/medicare. Recuerde, en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los plan de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para revisar información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

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

Puede leer el manual *Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)*. Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.