**[MA‑only PPO models]  
[2021 ANOC model]**

***[Insert 2021 plan name] ([insert plan type]) ofrecido por [insert MAO name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]***

**Aviso anual de cambios para 2021**

*[****Optional:*** *insert member name]  
[****Optional:*** *insert member address]*

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *[insert 2020 plan name.]* El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan*. Este folleto describe los cambios.*

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

Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE:** qué cambios se aplican a usted

* Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
* Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
* ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
* Consulte las Secciones *[insert section number]* y *[insert section number]* para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
* Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
* ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
* ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
* Consulte la Sección *[insert section number]* para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
* Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
* ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
* ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
* ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
* Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

1. **COMPARE:** conozca otras opciones del plan

* Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
* Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web [www.medicare.gov/plan‑compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
* Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
* Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 4.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
* Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

1. **ELIJA:** decida sidesea cambiar su plan

* Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, permanecerá inscrito en *[insert plan name.]*
* Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

1. **INSCRÍBASE:** para cambiar los planes, 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**, permanecerá inscrito en *[insert 2021 plan name.]*
* Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Este documento está disponible de forma gratuita en *[insert languages that meet the 5% threshold.]*
* Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al *[insert member services phone number.]* (Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number.]*) Atendemos de *[insert days and hours of operation.]*
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio tapes) as applicable.]*
* **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable‑Care‑Act/Individuals‑and‑Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

Acerca de *[insert 2021 plan name]*

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* Cuando este folleto dice“nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *[insert MAO name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document.]* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *[insert 2021 plan name.]*

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* CMS Approved[MMDDYYYY]  *OR [insert Material ID]* File & Use[MMDDYYYY]]

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para *[insert 2021 plan name]* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en *[insert URL.]* [*Insert as applicable*: También puede consultar la *Evidencia de cobertura* adjunta OR anexa OR que se envía por separado para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.] También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

[*If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2020 Medicare amounts and must insert:* Estos son los montos de costo compartido para 2020 y pueden cambiar para 2021. *[Insert plan name]* proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan. *Member cost‑sharing amounts may not be left blank.*]

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual del plan  *[Plans with no optional supplemental benefits delete the following.]* (Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.1 para obtener detalles). | *[Insert 2020 premium amount]* | *[Insert 2021 premium amount]* |
| *[Plans with no deductible may delete this row.]*  Deducible | *[Insert 2020 deductible amount]* | *[Insert 2021 deductible amount]* |
| Montos máximos que paga de su bolsillo  Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B.]  (Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.2 para obtener detalles). | De proveedores de la red: *[insert 2020 in‑network MOOP amount]*  De proveedores de la red y fuera de red combinados: *[insert 2020 combined MOOP amount]* | De proveedores de la red: *[insert 2021 in‑network MOOP amount]*  De proveedores de la red y fuera de red combinados: *[insert 2021 combined MOOP amount]* |
| Consultas en el consultorio de médico | Consultas de atención primaria: *[insert 2020 cost sharing for PCPs]* por consulta  Consultas a especialistas: *[insert 2020 cost sharing for specialists]* por consulta | Consultas de atención primaria: *[insert 2021 cost sharing for PCPs]* por consulta  Consultas a especialistas: *[insert 2021 cost sharing for specialists]* por consulta |
| Hospitalizaciones  Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. | *[Insert 2020 cost sharing]* | *[Insert 2021 cost sharing]* |

***Aviso anual de cambios* para 2021  
Índice**

[Resumen de costos importantes para 2021 1](#_Toc43660320)

[SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan 4](#_Toc43660321)

[SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *[insert 2021 plan name]* en 2021 4](#_Toc43660322)

[SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 5](#_Toc43660323)

[Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual 5](#_Toc43660324)

[Sección 2.2 – Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo 5](#_Toc43660325)

[Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores 6](#_Toc43660326)

[Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 7](#_Toc43660327)

[SECCIÓN 3 Cambios administrativos 9](#_Toc43660328)

[SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir 9](#_Toc43660329)

[Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en *[insert 2021 plan name]* 9](#_Toc43660330)

[Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan 10](#_Toc43660331)

[SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan 11](#_Toc43660332)

[SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 11](#_Toc43660333)

[SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 12](#_Toc43660334)

[SECCIÓN 8 Preguntas 13](#_Toc43660335)

[Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de *[insert 2021 plan name]* 13](#_Toc43660336)

[Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 14](#_Toc43660337)

*[If Section 1 does not apply, plans should omit it and renumber remaining sections as needed.]*

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

[*Plans that are changing the plan name, as approved by CMS, include Section 1, using the section title above and the following text:*

El 1 de enero de 2021, el nombre de nuestro plan cambiará de *[insert 2020 plan name]* a *[insert 2021 plan name.]*

*[Insert language to inform members if they will receive new ID cards and how, as well as if the name change will impact any other member communication.]*]

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *[insert 2021 plan name]* en 2021

[*[If the member is being enrolled into another plan due to a consolidation, include Section 1, using the section title above and the text below. It is additionally expected that, as applicable throughout the ANOC, every plan/sponsor that cross walks a member from a non‑renewed plan to a consolidated renewal plan will compare benefits and costs from that member’s previous plan to the consolidated plan.]*

El 1 de enero de 2021, *[insert MAO name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]* combinaremos *[insert 2020 plan name]* con uno de nuestros planes, *[insert 2021 plan name.]*

**Si no ha hecho nada para cambiar su cobertura de Medicare hasta el 7 de diciembre de 2020, lo inscribiremos automáticamente en *[insert 2021 plan name.]*** Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2021, obtendrá su cobertura médica a través de *[insert 2021 plan name.]* Si lo desea, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare distinto. También puede cambiarse a Original Medicare. Si desea cambiar de plan, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir Ayuda adicional, quizás pueda cambiarse de plan en otros momentos.

La información incluida en este documentole indica las diferencias entre sus beneficios actuales en *[insert 2020 plan name]* y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2021 como miembro de *[insert 2021 plan name.]*]

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

### Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

*[Plans offering the following premiums must list separately in the table below: (1) Plan premium (list only if there is a change); (2) optional supplemental benefit premiums (only plans offering optional supplemental benefits during one or both of the comparison years); and (3) Part B premium reduction (only plans with Part B premium reductions during one or both of the comparison years.)]*

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual  *[If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year.]*  (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | *[Insert 2020 premium amount]* | *[Insert 2021 premium amount]* |

### Sección 2.2 – Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo

*[Plans that include the costs of supplemental benefits in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Estos límites se denominan “montos máximos que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] por el resto del año.

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Monto máximo que paga  de su bolsillo dentro de la red  Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos [*insert if plan has a deductible:* y deducibles]) de proveedores de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. *[Plans with no premium delete the following sentence.]* La prima del plan no se considera para el monto máximo que paga de su bolsillo. | *[Insert 2020 in‑network MOOP amount]* | *[Insert 2021 in‑network MOOP amount]*  Una vez que haya pagado *[insert 2021 in‑network MOOP amount]* de su bolsillo por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] de proveedores de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] de proveedores de la red durante el resto del año calendario. |
| Monto máximo que paga  de su bolsillo combinado  Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos [*insert if plan has a deductible:* y deducibles]) de proveedores dentro y fuera de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. *[Plans with no premium delete the following sentence.]* La prima del plan no se considera para el monto máximo que paga de su bolsillo.  *[If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year.]* | *[Insert 2020 combined MOOP amount]* | *[Insert 2021 combined MOOP amount]*  Una vez que haya pagado *[insert 2021 combined MOOP amount]* de su bolsillo por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B], no pagará nada por sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] de proveedores dentro la red o fuera de la red durante el resto del año calendario. |

### Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its provider network]* Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web *[insert URL]*, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2021 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red**.

*OR*

*[For a plan that will have a higher than normal number of providers either leaving and/or joining its network]* Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para 2021. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web *[insert URL]*, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Le recomendamos que revise nuestro Directorio de proveedores vigente para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) aún se encuentran en nuestra red.**

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

* A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
* Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
* Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
* Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
* Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
* Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

### Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

[*If there are no changes in benefits or in cost sharing, revise heading to:* No hay cambios en sus beneficios o los montos que paga por servicios médicos *and replace the rest of this section with:* Nuestros beneficios y lo que usted pague por estos servicios médicos cubiertos en 2021 serán exactamente los mismos que en 2020.]

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2021.*

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2020 benefits that will end for 2021, including any new optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium); (2) new/changing limitations or restrictions,* *including prior authorization for CY2021 Part C benefits; and (3) all changes in cost sharing for 2021 for covered medical services, including any changes to service category, out‑of‑pocket maximums, and cost sharing for optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium).]*

[*If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2020 Medicare amounts and must insert:* Estos son los montos de costo compartido para 2020 y pueden cambiar para 2021. *[Insert plan name]* proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan. *Member cost‑sharing amounts may not be left blank.*]

*[Instructions to plans offering VBID Model benefits: VBID Model participating plans should update this section to reflect coverage for any new VBID Model benefits that will be added for CY 2021 benefits, and/or for previous CY 2020 VBID Model benefits that will end for CY 2021. Specific to the VBID Model benefits, the table must include: (1) all new VBID Model benefits that will be added for 2021, except for the hospice benefit component (which has separate ANOC instructions to VBID participating plans), including mandatory supplemental benefits such as the flexibility to Cover New and Existing Technologies or FDA approved Medical Devices and the Cash or Monetary Rebates, or 2020 benefits that will end for 2021; and (2) all changes in cost sharing for all VBID Model benefits for 2021.]*

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | [*For benefits that were not covered in 2020 insert: [Insert benefit name]* no tiene cobertura.]  [*For benefits with a copayment insert:* Usted paga un copago de $*[insert 2020 copayment amount]* *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., “per office visit”).]*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* Usted paga *[insert 2020 coinsurance percentage]*% del costo total *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., “for up to one visit per year”).]*] | [*For benefits that are not covered in 2021 insert: [Insert benefit name]* no tiene cobertura.]  [*For benefits with a copayment insert:* Usted paga un copago de $*[insert 2021 copayment amount]* *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., “per office visit”).]*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* Usted paga *[insert 2021 coinsurance percentage]*% del costo total *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “for up to one visit per year”.]*] |
| *[Insert benefit name]* | *[Insert 2020 cost/coverage, using format described above.]* | *[Insert 2021 cost/coverage, using format described above.]* |

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

*[This section is optional. Plans with administrative changes that impact members (e.g., a change in options for paying the monthly premium, change in contract or PBP number) may insert this section and include an introductory sentence that explains the general nature of the administrative changes. Plans that choose to omit this section should renumber the remaining sections as needed.]*

| Descripción | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2020 administrative description]* | *[Insert 2021 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2020 administrative description]* | *[Insert 2021 administrative description]* |

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en *[insert 2021 plan name]*

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en *[insert 2021 plan name.]*

### Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2021, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

* Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
* *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, se le podría aplicar una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección *[edit section number as needed]* 6) o llame a Medicare (consulte la Sección *[edit section number as needed]* 8.2).

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

[*Plans may choose to insert if applicable:* Como recordatorio, *[insert MAO name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]* ofrece otros [*insert as applicable:* planes de salud de Medicare *AND/OR* planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.]]

Paso 2: cambie su cobertura

* Para **cambiar** **a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2021 plan name.]*
  + Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2021 plan name.]*
* Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  + Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
  + *O* puede llamar a **Medicare** al 1‑800‑MEDICARE (1‑800‑633‑4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1‑877‑486‑2048.

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.Elcambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to use the generic name (“State Health Insurance Assistance Program”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.]*

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En *[insert state]*, el SHIP se llama *[insert state‑specific SHIP name.]*

*[Insert state‑specific SHIP name]* es un programa 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 médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del *[Insert state‑specific SHIP name]* pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con *[insert state‑specific SHIP name]* llamando al *[insert SHIP phone number.]* [*Plans may insert the following:* Para obtener más información sobre *[insert state‑specific SHIP name]*, visite su sitio web (*[insert SHIP website]*).]

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. *[Plans in states without SPAPs, delete the next sentence.]* A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

* **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
  + Al 1‑800‑MEDICARE (1‑800‑633‑4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1‑877‑486‑2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  + A la Administración del Seguro Social al 1‑800‑772‑1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1‑800‑325‑0778 (solicitudes).
  + A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
* *[Plans without an SPAP in their state(s) should delete this bullet.] [Organizations offering plans in multiple states: Revise this bullet to use the generic name (“Programa estatal de asistencia farmacéutica”) when necessary, and include a list of names for all SPAPs in your service area.]* **Ayuda del programa de asistencia** **farmacéutica de su estado.** *[Insert state name]* cuenta con un programa denominado *[insert state‑specific SPAP name]* que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección*.* Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección *[edit section number as needed]* 6 de este folleto).
* *[Plans without an ADAP in their state(s), should delete this bullet.]* **¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?** Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta del *[insert State‑specific ADAP information.]* Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente.
* Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare. *[Insert State‑specific ADAP contact information.]*

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a*[insert State‑specific ADAP contact information.]*

SECCIÓN 8 Preguntas

### Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de *[insert 2021 plan name]*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al *[insert member services phone number.]* (Solo los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de *[insert days and hours of operation.]* [*Insert if applicable:* Las llamadas a estos números son gratuitas.]

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2021 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2021 para *[insert 2021 plan name.]* La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en *[insert URL.]* [*Insert as applicable*: También puede consultar la *Evidencia de cobertura* adjunta OR anexa OR que se envía por separado para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.] También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en *[insert URL.]* Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores).

### Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan‑compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)).

Lea *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021)

Puede leer el Manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](https://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.