

## **Health Advantage Blue Classic (HMO), ofrecido por HMO Partners, Inc., que opera bajo el nombre comercial de Health Advantage**

# **Notificación anual de cambios para el 2021**

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Medi-Pak Advantage (HMO). El año próximo, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

- **Su plazo para realizar cambios en la cobertura de Medicare para el próximo año es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
- 

### **¿Qué hacer ahora?**

#### **1. CONSULTAR: ¿Qué cambios se aplican en su caso?**

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
  - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que se adaptará a sus necesidades el próximo año.
  - ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
  - Consulte las secciones 2.2 y 2.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique en el folleto los cambios en nuestra cobertura de medicamentos con receta médica para saber si le afectan.
  - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
  - ¿Sus medicamentos están en otro nivel, con costos compartidos distintos?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, por ejemplo, necesita nuestra aprobación antes de surtir su receta?
  - ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en el costo por usar esta farmacia?
  - Consulte la Lista de medicamentos 2021 y la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted. Estas pueden ayudarle a ahorrar en sus desembolsos directos anuales a lo largo del año. Para obtener información adicional acerca de los precios de los medicamentos, visite [www.go.medicare.gov/drugprices](http://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos cuadros detallan qué fabricantes han aumentado los precios y también muestran información sobre precios de medicamentos de un año a otro.

## Notificación anual de cambios para 2021 de Health Advantage Blue

Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus costos de medicamentos.

- Verifique para ver si sus médicos y otros proveedores seguirán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas a los que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
  - ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que usa?
  - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense en sus costos totales de atención médica.
  - ¿Cuánto gastará de su desembolso directo para los servicios y medicamentos con receta médica que usa regularmente?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está contento con nuestro plan.

### 2. COMPARAR: Conozca otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
  - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
  - Revise la lista en el reverso de su manual “Medicare & You” (Medicare y Usted).
  - Consulte la Sección 4.2 para saber más sobre sus opciones.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

### 3. ELEGIR: Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, permanecerá en Health Advantage Blue Classic (HMO).
- Para cambiarse a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

### 4. INSCRIBIRSE: Para cambiar de plan, inscribese 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 en Health Advantage Blue Classic (HMO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2021**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

### Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español sin cargo.

## Notificación anual de cambios para 2021 de Health Advantage Blue

- Comuníquese con nuestro número del servicio de atención al cliente al 1-877-349-9335 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora del Centro, de lunes a viernes (entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre). Entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Centro, los siete días de la semana.
- Esta información se encuentra disponible en letra de imprenta grande.
- **La cobertura en virtud de este Plan califica como cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de los individuos 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### **Acerca de Health Advantage Blue Classic (HMO)**

- HMO Partners, Inc., que opera bajo el nombre comercial de Health Advantage, ofrece planes HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Health Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa HMO Partners, Inc. que opera bajo el nombre comercial de Health Advantage. Cuando se refiere a “plan” o “nuestro plan”, significa Health Advantage Blue Classic (HMO).

H9699\_004\_ANOC\_M File & Use 09042020

## Resumen de costos importantes para el 2021

El siguiente cuadro compara los costos de 2020 con los de 2021 para Health Advantage Blue Classic (HMO) en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, [www.HAMedicare.com](http://www.HAMedicare.com). También puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Es posible que su prima sea más alta o más baja que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
<b>Monto máximo de desembolso directo</b> Este es el <u>máximo</u> de desembolso directo que pagará por sus servicios cubiertos. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	\$5,600	\$6,000
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita  Visitas a un especialista: \$40 de copago por visita	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita  Visitas a un especialista: \$40 de copago por visita
<b>Hospitalizaciones para pacientes internados</b> Incluye servicios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, hospitalizaciones de atención de largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que lo admiten formalmente en un hospital con la orden de un médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.	\$330 de copago por día para los días 1 a 5.  \$0 de copago por día para los días 6 a 90.	\$350 de copago por día para los días 1 a 5.  \$0 de copago por día para los días 6 a 90.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D</b> (Consulte la Sección 2.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$250</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Farmacias minoristas estándares</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos del Nivel 1: \$10 de copago</li> <li>• Medicamentos del Nivel 2: \$20 de copago</li> <li>• Medicamentos del Nivel 3: \$47 de copago</li> <li>• Medicamentos del Nivel 4: 50% del costo total</li> <li>• Medicamentos del Nivel 5: 28% del costo total</li> <li>• Medicamentos del Nivel 6: \$0 de copago</li> </ul> <p><b>Farmacia minorista preferida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos del Nivel 1: \$3 de copago</li> <li>• Medicamentos del Nivel 2: \$13 de copago</li> <li>• Medicamentos del Nivel 3: \$40 de copago.</li> <li>• Medicamentos del Nivel 4: 48% del costo total.</li> <li>• Medicamentos del Nivel 5: 28% del costo total.</li> </ul>	<p>Deducible: \$250</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Farmacias minoristas estándares</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos del Nivel 1: \$10 de copago</li> <li>• Medicamentos del Nivel 2: \$20 de copago</li> <li>• Medicamentos del Nivel 3: \$47 de copago</li> <li>• Medicamentos del Nivel 4: 47% del costo total.</li> <li>• Medicamentos del Nivel 5: 28% del costo total.</li> <li>• Medicamentos del Nivel 6: \$0 de copago</li> </ul> <p><b>Farmacia minorista preferida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos del Nivel 1: \$3 de copago</li> <li>• Medicamentos del Nivel 2: \$13 de copago</li> <li>• Medicamentos del Nivel 3: \$40 de copago</li> <li>• Medicamentos del Nivel 4: 45% del costo total</li> <li>• Medicamentos del Nivel 5: 28% del costo total</li> </ul>

- Medicamentos del Nivel 6: \$0 de copago

- Medicamentos del Nivel 6: \$0 de copago

## **Notificación anual de cambios para el 2021 Índice**

<b>Resumen de costos importantes para el 2021.....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Modificaremos el nombre del plan .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>4</b>
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual .....	4
Sección 2.2: Cambios en su monto máximo de desembolso directo .....	4
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 de medicamentos con receta médica de la Parte D .....	11
<b>SECCIÓN 3 Cambios administrativos .....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir.....</b>	<b>19</b>
Sección 4.1: Si quiere permanecer en Health Advantage Blue Classic (HMO).....	19
Sección 4.2: Si quiere cambiar de plan .....	19
<b>SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan.....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>21</b>
Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de Health Advantage Blue Classic (HMO) .....	21
Sección 8.2: Obtener ayuda de Medicare.....	22

## SECCIÓN 1 Modificaremos el nombre del plan

El 1.º de enero de 2021, el nombre de nuestro plan cambiará de Medi-Pak Advantage (HMO) a Health Advantage Blue Classic (HMO).

Recibirá una tarjeta de identificación nueva **por correo**. Su tarjeta de identificación nueva tendrá su número de identificación de miembro existente, el nuevo nombre Health Advantage Blue Classic (HMO), el logotipo y la nueva dirección. Los números del Servicio de atención al cliente **no se modificarán**.

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

### Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<b>Prima mensual</b> (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan *aumentará* si debe pagar una penalidad por inscripción tardía en la Parte D de por vida debido a que no tiene otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan eficaz como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene mayores ingresos, es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Su prima mensual *disminuirá* si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para sus costos de medicamentos con receta médica. Consulte la Sección 7 para obtener información sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

### Sección 2.2: Cambios en su monto máximo de desembolso directo

Para su protección, Medicare solicita que todos los planes de salud limiten cuánto paga en concepto de “desembolso directo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de desembolso directo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.



Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<b>Monto máximo de desembolso directo</b> Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se cuentan para su monto máximo de desembolso directo. Sus costos por medicamentos con receta médica no se cuentan para su monto máximo de desembolso directo.	\$5,600	\$6,000 Una vez que haya pagado un desembolso directo de \$6,000 por los servicios cubiertos, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

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

Se realizarán cambios en nuestra red de proveedores el próximo año. Encontrará un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web [www.HAMedicare.com](http://www.HAMedicare.com). También puede llamar al servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos un directorio de proveedores por correo postal. **Revise el Directorio de proveedores 2021 para verificar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay muchos motivos por los que su proveedor podría abandonar el plan, pero si su médico o especialista efectivamente abandona el plan, tiene ciertos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- Si bien es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Realizaremos todos los esfuerzos de buena fe para notificarle con al menos 30 días de antelación, que su proveedor abandona nuestro plan, de manera que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le brindaremos asistencia para seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga administrando sus necesidades de atención médica.
- Si recibe tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que su atención médica no se está administrando de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos brindarle asistencia para encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención médica.

## Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos con receta médica pueden depender de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle costos compartidos más bajos que los costos compartidos estándares que ofrecen otras farmacias de la red por algunos medicamentos.

Se realizarán cambios en nuestra red de farmacias el próximo año. Encontrará un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web [www.HAMedicare.com](http://www.HAMedicare.com). También puede llamar al servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos un directorio de farmacias por correo postal. **Revise el Directorio de farmacias 2021 para verificar qué farmacias forman parte de nuestra red.**

## Sección 2.5: Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura para determinados servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe esos cambios. Para conocer detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<b>Servicios del centro de cirugía ambulatoria</b>	Usted paga \$285 de copago por colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare realizada en un centro de cirugía ambulatoria.  Se necesita una referencia.	Usted paga \$0 de copago por colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare realizada en un centro de cirugía ambulatoria.  <u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca (Cubiertos por Medicare)</b>	Usted paga un copago de \$45 por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.  Se necesita una referencia.  <u>No</u> se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$90 por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.  <u>No</u> se necesita una referencia.  Se requiere autorización previa.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<b>Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)</b>	Usted paga \$20 de copago por cada visita a un quiropráctico cubierta por Medicare  Se necesita una referencia.	Usted paga \$15 de copago por cada visita a un quiropráctico cubierta por Medicare  <u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Servicios dentales (preventivos)</b>	El beneficio de cantidad autorizada para servicios dentales preventivos que ofrecemos es un beneficio máximo de \$300 por cada año del plan.  <u>Profilaxis dental</u> Usted paga \$0 por limpieza, límite de 2 limpiezas cada 12 meses consecutivos.  <u>Examen bucal integral</u> Sin límite de por vida	Máximo anual sin límites para los servicios dentales preventivos  <u>Profilaxis dental</u> Usted paga \$10 por limpieza, límite de 2 limpiezas por cada 12 meses consecutivos.  <u>Examen bucal integral</u> Límite de 1 de por vida por dentista
<b>Servicios y suministros para la diabetes</b>	Usted paga el 20% del costo por suministros y equipos para diabéticos cubiertos por Medicare.	Usted paga el 0% del costo por suministros y equipos para diabéticos cubiertos por Medicare.
<b>DME, equipo médico duradero y suministros relacionados</b>	<u>No</u> se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
<b>Programas educativos de salud y bienestar</b>	Los servicios de apoyo en el hogar suministrados por Papa, Inc. no tienen cobertura.	Papa, Inc brindará 40 horas al año de Servicios de apoyo en el hogar con lo siguiente: asistencia para programar y asistir a visitas médicas, transporte de ida y vuelta al médico y farmacia, apoyo tecnológico con los servicios de telesalud, limpieza ligera, tareas domésticas y preparación de comidas, en el hogar o en forma virtual, según corresponda.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<b>Audífonos</b>	Usted paga un costo adicional de \$75 por audífono por oído para la recargabilidad de audífonos opcional.	Usted paga un costo adicional de \$50 por audífono por oído para la recargabilidad de audífonos opcional.
<b>Agencia de atención médica a domicilio</b>	Se necesita una referencia.	<u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Atención de pacientes hospitalizados</b>	Usted paga un copago de \$330 por día para los días 1 al 5 por internaciones hospitalarias para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare.  Se necesita una referencia.	Usted paga un copago de \$350 por día para los días 1 al 5 por internaciones hospitalarias para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare.  <u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Usted paga un copago de \$310 por día para los días 1 al 5 por internaciones de salud mental para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare.  Se necesita una referencia.  <u>No</u> se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$330 por día para los días 1 al 5 por internaciones de salud mental para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare.  <u>No</u> se necesita una referencia.  Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de diálisis renal</b>	Se necesita una referencia.	<u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Servicios de educación sobre enfermedades renales</b>	Se necesita una referencia.	<u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Servicios de terapia ocupacional</b>	Se necesita una referencia.	<u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Servicios del Programa de tratamiento de adicción a opioides</b>	Se necesita una referencia.	<u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Otros profesionales de atención médica (p. ej., enfermero practicante; asistente médico)</b>	Se necesita una referencia.	<u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Servicios de sangre para pacientes ambulatorios</b>	Se necesita una referencia.	<u>No</u> se necesita una referencia.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<b>Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios</b>	Se necesita una referencia.  Sin costos compartidos para la espirometría en miembros con diagnóstico de EPOC.	<u>No</u> se necesita una referencia.  Sin costos compartidos para la espirometría.
<b>Servicios de radiología de diagnóstico y terapéutica para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga el 20% del costo por servicios de radiografías cubiertas por Medicare en el consultorio del médico de atención primaria, en el consultorio del especialista, en el centro de atención de urgencia, en la sala de emergencias y en un centro independiente o para pacientes ambulatorios.  Se necesita una referencia.	Usted paga \$0 de copago por servicios de radiografías en el consultorio del médico de atención primaria, en el consultorio del especialista, en el centro de atención de urgencia y en la sala de emergencias.  Usted paga \$25 de copago por servicios de radiografías realizadas en un centro independiente o para pacientes ambulatorios.  <u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios</b>	Se necesita una referencia.	<u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios</b>	Se necesita una referencia.	<u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>	Se necesita una referencia.	<u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Servicios de observación y cirugía para pacientes ambulatorios (en un Centro para pacientes ambulatorios)</b>	Usted paga un copago de \$285 por servicios de observación y hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.  Se necesita una referencia.	Usted paga un copago de \$285 por servicios de hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.  Usted paga un \$0 de copago por servicios de observación en hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.  <u>No</u> se necesita una referencia.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<b>Servicios de hospitalización parcial</b>	Se necesita una referencia.  <u>No</u> se requiere autorización previa.	<u>No</u> se necesita una referencia.  Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de terapia del habla y física</b>	Se necesita una referencia.	<u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Servicios de podología (cubiertos por Medicare)</b>	Se necesita una referencia.	<u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Servicios de podología (No cubiertos por Medicare)</b>	El cuidado de los pies de rutina <u>no</u> tiene cobertura.	Usted paga \$40 de copago por visita, el límite son 6 visitas al año para el cuidado de los pies de rutina.
<b>Prótesis</b>	<u>No</u> se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar (Cubiertos por Medicare)</b>	Se necesita una referencia.  <u>No</u> se requiere autorización previa.	<u>No</u> se necesita una referencia.  Se requiere autorización previa.
<b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b>	Usted paga un copago de \$178 por día para los días 21 al 100 por cada internación en un SNF cubierta por Medicare.  Se necesita una referencia.	Usted paga un copago de \$184 por día para los días 21 al 100 por cada internación en un SNF cubierta por Medicare.  <u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Visitas a un especialista</b>	Se necesita una referencia.	<u>No</u> se necesita una referencia.
<b>Terapia de ejercicios supervisada (SET) (cubierta por Medicare)</b>	Se necesita una referencia.  <u>No</u> se requiere autorización previa.	<u>No</u> se necesita una referencia.  Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de telesalud</b>	Usted paga \$0 de copago por los servicios de telesalud de un médico especialista.	Usted paga un \$40 de copago por los servicios de telesalud de un Médico especialista.

---

## Sección 2.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D

---

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos aprobados”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos los cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otra persona que receta) y solicitar al plan que realice una excepción** para cubrir el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
  - Para obtener información sobre qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al servicio de atención al cliente.
- **Trabajar con su médico (u otra persona que receta) para encontrar un medicamento diferente** que tenga cobertura. Puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en la lista de medicamentos aprobados durante los primeros 90 días del año del plan o durante los primeros 90 días de la membresía para evitar una brecha en la terapia. (Para conocer más sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el tiempo que reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se acabe. Puede cambiar a un medicamento diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que realice una excepción para su caso y cubra el medicamento actual.

En algunos casos, el próximo año se cubrirán excepciones a la lista de medicamentos aprobados actualmente. Para averiguar si se cubrirá su excepción, llame al Servicio de atención al cliente.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para principios de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, puede continuar trabajando con su médico (u otra persona que receta) y solicitarnos que hagamos una

---

excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindando otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulta el Capítulo 5, Sección 6, de la Evidencia de Cobertura).



## Cambios en los costos de medicamentos con receta médica

*Nota:* Si forma parte de un programa que le ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda Adicional” [Extra Help]), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta médica de la Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un documento por separado denominado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta médica” (también denominado “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sus costos de medicamentos. Si usted recibe “ayuda adicional” y no recibió ese documento antes del 30 de septiembre de 2020, llame al servicio de atención al cliente y solicite la “Cláusula LIS”.

Existen 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 encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2, de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la etapa de brecha de cobertura o la etapa de cobertura contra catástrofes. Para recibir información sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.HAMedicare.com](http://www.HAMedicare.com). También puede llamar al Servicio de atención al cliente para pedirnos que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo).

### Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de nivel 3, 4 y 5, hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$250.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$3 de copago (para farmacias preferidas) y \$10 de copago (para farmacias estándar) por los medicamentos de nivel 1, \$13 de copago (para farmacias preferidas) y \$20 de copago (para farmacias estándar) por los medicamentos de nivel 2, y \$0 de copago por los medicamentos de nivel 6 y el costo total de los medicamentos de nivel 3, 4 y 5 hasta alcanzar su deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$250.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$3 de copago (para farmacias preferidas) y \$10 de copago (para farmacias estándar) por los medicamentos de nivel 1, \$13 de copago (para farmacias preferidas) y \$20 de copago (para farmacias estándar) por los medicamentos de nivel 2, y \$0 de copago por los medicamentos de nivel 6 y el costo total de los medicamentos de nivel 3, 4 y 5 hasta alcanzar su deducible anual.</p>

## Cambios en sus costos compartidos de la Etapa de cobertura inicial

Para obtener información sobre cómo funcionan los copagos y coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de desembolso directo que podría pagar por medicamentos cubiertos*, en su *Evidencia de cobertura*.

	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y <b>usted paga su parte</b></p> <p>Los costos en esta columna corresponden a un suministro para un mes (30 días) cuando surta su receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de recetas para suministros a largo plazo o de pedido por correo, consulte el capítulo 6, sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 = medicamentos genéricos preferidos:</b>  <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga un copago de \$10 por receta.  <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga un copago de \$3 por receta.</p> <p><b>Nivel 2 = medicamentos genéricos:</b>  <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga un copago de \$20 por receta.  <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga un copago de \$13 por receta.</p> <p><b>Nivel 3 = medicamentos de marca preferidos</b>  <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga un copago de \$47 por receta.  <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga un copago de \$40 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 = medicamentos genéricos preferidos:</b>  <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga un copago de \$10 por receta.  <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga un copago de \$3 por receta.</p> <p><b>Nivel 2 = medicamentos genéricos:</b>  <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga un copago de \$20 por receta.  <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga un copago de \$13 por receta.</p> <p><b>Nivel 3 = medicamentos de marca preferidos</b>  <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga un copago de \$47 por receta.  <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga un copago de \$40 por receta.</p>

	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b>	<p><b>Nivel 4 = medicamentos no preferidos:</b>  <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga el 50% del costo total.  <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga el 48% del costo total.</p>	<p><b>Nivel 4 = medicamentos no preferidos:</b>  <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga el 47% del costo total.  <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga el 45% del costo total.</p>
	<p><b>Nivel 5 = medicamentos de especialidad:</b>  <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga el 28% del costo total.  <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga el 28% del costo total.</p>	<p><b>Nivel 5 = medicamentos de especialidad:</b>  <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga el 28% del costo total.  <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga el 28% del costo total.</p>
	<p><b>Nivel 6 = Medicamentos de atención selecta:</b>  <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga un \$0 de copago por receta.  <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga un \$0 de copago por receta.</p>	<p><b>Nivel 6 = Medicamentos de atención selecta:</b>  <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga \$0 de copago por receta.  <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga \$0 de copago por receta.</p>
	<p>Una vez que los costos totales de su medicamento hayan alcanzado los \$4,020, pasará a la etapa siguiente (Etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de su medicamento hayan alcanzado los \$4,130, pasará a la etapa siguiente (Etapa de brecha de cobertura).</p>

### Cambios en las Etapas de brecha de cobertura y cobertura contra catástrofes

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura contra catástrofes, son para personas cuyos costos de medicamentos son altos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de brecha de cobertura ni la Etapa de cobertura contra catástrofes.** Durante la Etapa de brecha de cobertura, para los medicamentos del Nivel 6, sus costos compartidos cambiarán de coseguro a copago. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*.

**SECCIÓN 3 Cambios administrativos**

<b>Descripción</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (el año próximo)</b>
La dirección del Servicio de atención al cliente de nuestro plan se modificó.	En 2020, nuestra dirección del Servicio de atención al cliente era:  Medi-Pak Advantage (HMO) Mail Code X502 P.O. Box 44348 Detroit, MI 48244-0348	En 2021, nuestra dirección del servicio de atención al cliente es:  Health Advantage Blue Classic (HMO) P.O. Box 3648 Little Rock, AR 72203
El número de fax del Servicio de atención al cliente de nuestro plan se modificó.	En 2020, nuestro número de fax del servicio de atención al cliente era:  1-866-517-5975	En 2021, nuestro número de fax del servicio de atención al cliente es:  1-501-301-1927
La dirección de decisiones de cobertura de atención médica de nuestro plan se modificó.	En 2020, la dirección de decisiones de cobertura de atención médica era:  Medi-Pak Advantage (HMO) P.O. Box 44317 Detroit, MI 48244-0317	En 2021, la dirección de decisiones de cobertura de atención médica es:  Health Advantage Blue Classic (HMO) P.O. Box 3648 Little Rock, AR 72203
El número de fax de decisiones de cobertura de atención médica de nuestro plan se modificó.	En 2020, el número de fax de decisiones de cobertura de atención médica era:  Fax: 1-877-482-9749	En 2021, el número de fax de decisiones de cobertura de atención médica es:  Fax: 1-501-301-1927

Descripción	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>La información de contacto para apelaciones de atención médica de nuestro plan se modificó.</p>	<p>En 2020, la información de contacto para apelaciones de atención médica era:</p> <p>Llame al: 1-877-349-9335</p> <p>TTY: 711</p> <p>Fax: 1-877-482-9749</p> <p>Escriba a: Medi-Pak Advantage (HMO) P.O. Box 44317 Detroit, MI 48244-0317</p> <p>El horario de atención de nuestro centro de llamadas (incluido TTY) era: 8 a. m. a 8 p. m. hora del Centro, de lunes a viernes (entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre). Entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Centro, los siete días de la semana.</p>	<p>En 2021, la información de contacto para apelaciones de atención médica es:</p> <p>Llame al: 1-501-378-2025</p> <p>TTY: 711</p> <p>Fax: 1-501-378-3366</p> <p>Escriba a: Health Advantage Blue Classic (HMO) P.O. Box 2181 Little Rock, AR 72203-2181</p> <p>El horario de atención de nuestro centro de llamadas (incluido TTY) es: 8 a. m. a 5 p. m., hora del Centro, de lunes a viernes</p>

<b>Descripción</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (el año próximo)</b>
<p>La información de contacto para el Departamento de quejas de atención médica de nuestro plan se modificó.</p>	<p>En 2020, la información de contacto de nuestro Departamento de quejas de atención médica era:</p> <p>Llame al: 1-877-349-9335</p> <p>TTY: 711</p> <p>Fax: 1-877-482-9749</p> <p>Escriba a: Medi-Pak Advantage (HMO) Mail Code 1610 P.O. Box 32877 Detroit, MI 48232</p> <p>El horario de atención de nuestro centro de llamadas (incluido TTY) era:</p> <p>8 a. m. a 8 p. m., hora del Centro, de lunes a viernes (entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre). Entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Centro, los siete días de la semana.</p>	<p>En 2021, la información de contacto de nuestro Departamento de quejas de atención médica es:</p> <p>Llame al: 1-800-331-2285</p> <p>TTY: 711</p> <p>Fax: 1-501-301-1928</p> <p>Escriba a: Health Advantage Blue Classic (HMO) P.O. Box 3648 Little Rock, AR 72203</p> <p>El horario de atención de nuestro centro de llamadas (incluido TTY) es:</p> <p>8 a. m. a 5 p. m., hora del Centro, de lunes a viernes</p>

<b>Descripción</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (el año próximo)</b>
<p>La información de contacto para el Departamento de quejas por medicamentos con receta médica de la Parte D de nuestro plan se modificó.</p>	<p>En 2020, la información de contacto para nuestro Departamento de quejas por medicamentos con receta médica de la Parte D era:</p> <p>Llame al: 1-877-349-9335</p> <p>TTY: 711</p> <p>Fax: 1-866-808-2822</p> <p>Escriba a: Medi-Pak Advantage (HMO) Mail Code 1610 P.O. Box 32877 Detroit, MI 48232</p> <p>El horario de atención de nuestro centro de llamadas (incluido TTY) era: 8 a. m. a 8 p. m., hora del Centro, de lunes a viernes (entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre). Entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Centro, los siete días de la semana.</p>	<p>En 2021, la información de contacto de nuestro Departamento de quejas es:</p> <p>Llame al: 1-800-331-2285</p> <p>TTY: 711</p> <p>Fax: 1-501-301-1928</p> <p>Escriba a: Health Advantage Blue Classic (HMO) P.O. Box 3648 Little Rock, AR 72203</p> <p>El horario de atención de nuestro centro de llamadas (incluido TTY) es: 8 a. m. a 5 p. m., hora del Centro, de lunes a viernes</p>
<p>La dirección para que nos envíe una solicitud de pago de atención médica se modificó.</p>	<p>En 2020, la dirección era:</p> <p>Medi-Pak Advantage (HMO) P.O. Box 32582 Detroit, MI 48232-0582</p>	<p>En 2021, la dirección es:</p> <p>Health Advantage Blue Classic (HMO) P.O. Box 3648 Little Rock, AR 72203</p>

La dirección para que nos envíe comprobante si cree que califica para recibir Ayuda Adicional (Extra Help) se modificó.	En 2020, la dirección era: Medi-Pak Advantage (HMO) P.O. Box 44765 Detroit, MI 48244-0765	En 2021, la dirección es: Health Advantage Blue Classic (HMO) P.O. Box 3648 Little Rock, AR 72203
---	--	--



Descripción	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Se modificó nuestro límite de suministro extendido.	En 2020, le permitíamos recibir un suministro para hasta 90 días en ciertas farmacias minoristas y también en nuestra farmacia de pedido por correo.	En 2021, le permitiremos recibir un suministro para hasta 100 días en ciertas farmacias minoristas y también en nuestra farmacia de pedido por correo.

## SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

### Sección 4.1: Si quiere permanecer en Health Advantage Blue Classic (HMO)

**Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan Health Advantage Blue Classic (HMO).

### Sección 4.2: Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si quiere cambiar en 2021, siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare oportunamente.
- *O bien*, se puede cambiar a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1, que trata sobre una posible penalidad por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021), llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área con el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare). **Allí, puede buscar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Le recordamos que HMO Partners, Inc (que opera bajo el nombre comercial de Health Advantage) ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden ser diferentes en cuanto a cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Health Advantage Blue Classic (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta médica**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Health Advantage Blue Classic (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta médica**, debe:
  - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con el servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la sección 8.1 de este folleto).
  - *O bien*, comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan

Si quiere cambiarse a otro plan o a Original Medicare el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2021.

### ¿Se pueden realizar cambios en otro momento del año?

En determinadas situaciones, los cambios también se permiten en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con cobertura de Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos, las que tienen o abandonarán la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio pueden tener permitido realizar un cambio en otro momento del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2021 y no está conforme con su elección del plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2, de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Arkansas, el SHIP se denomina Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores (Senior Health Insurance Information Program).

El Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores es independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal

que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores al 1-800-224-6330. Usted puede obtener más información sobre el Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores si visita su sitio web (<https://insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/senior-health>).

## SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda con el pago de medicamentos con receta médica.

- **“Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar los costos de sus medicamentos con receta médica. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta médica, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán una brecha de cobertura ni una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos y ni siquiera lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
  - 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.
  - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
  - A su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia para costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir determinados criterios, incluida una prueba de residencia estatal y del estado del VIH, bajos ingresos según lo define el Estado, y condición de persona sin seguro o subasegurada. Los medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta médica a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (Ryan White Program) de Arkansas. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-501-661-2408 o sin cargo al 1-888-499-6544, o visite <https://www.healthy.arkansas.gov/programs-services/topics/ryan-white-program>.

## SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

### Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de Health Advantage Blue Classic (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al servicio de atención al cliente al 1-877-349-9335. (solo para TTY, llamar al 711). Estamos a su disposición para atender llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Centro, de lunes a viernes (entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre). Entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Centro, los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para conocer detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2021* de Health Advantage Blue Classic (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las normas que necesita seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta médica. Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, [www.HAMedicare.com](http://www.HAMedicare.com). También puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

#### Visite nuestro sitio web

O también puede visitar nuestro sitio web en [www.HAMedicare.com](http://www.HAMedicare.com). Te recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

### Sección 8.2: Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

#### Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Contiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para que le ayuden a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área con el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)).

**Lea *Medicare y Usted 2021***

Puede leer el manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021). Cada año en otoño, se envía este manual por correo a las personas con Medicare. Presenta un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.**

**Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.**

**Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.**