



aviso anual de cambios para 2021

Experience Health Medicare AdvantageSM (HMO)

Actualmente está inscrito como afiliado de Experience Health Medicare Advantage (HMO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. Este folleto explica los cambios.

Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.





Experience Health Medicare AdvantageSM (HMO)

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente está inscripto como miembro de Experience Health Medicare Advantage (HMO). El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *En este folleto se informan los cambios.*

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Revise los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si le afectan a usted.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades del año próximo.
 - ¿Los cambios afectan a los servicios que usted utiliza?
 - Busque información sobre los cambios de beneficios y costos de nuestro plan en las secciones 1.1, 1.2 y 1.5.
- Verifique en el folleto los cambios de nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si le afectan.
 - ¿Cubrirá sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con diferente reparto de costos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la de necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puedes seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos 2021 y vea la Sección 1.6 para obtener información acerca de los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

Experience Health es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ®, SM Marcas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield. Experience Health es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, que presta servicios en Carolina del Norte.

- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales de bolsillo durante el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden variar los costos de sus propios medicamentos.

Compruebe si sus médicos y otros prestadores estarán dentro de nuestra red el próximo año.

- ¿Están sus médicos, incluyendo los especialistas que consulta regularmente, en nuestra red?
- ¿Y los hospitales u otros prestadores que utiliza?
- Consulte la sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de Prestadores.

Piense en el costo general de su atención médica.

- ¿Cuánto va a gastar de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
- ¿Cómo son los costos totales de su plan en comparación con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está contento con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

Verifique la cobertura y los costos de los planes en su zona.

- Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare/. Haga clic en "Encuentre planes de salud & medicamentos".
- Revise la lista que aparece al final de su manual de Medicare y Usted.
- Consulte la sección 3.2 para tener más información acerca de sus opciones.

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

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se une a otro plan para el 7 de diciembre de 2020, será inscrito en Experience Health Medicare Advantage (HMO).
- Para cambiarse a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, únase a un plan entre el **15 de octubre y 7 de diciembre de 2020**

- Si no se une a otro plan para el **7 de diciembre de 2020**, será inscripto en Experience Health Medicare Advantage (HMO).
- Si se une a otro plan para el **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Usted será automáticamente dado de baja de su plan actual.

Recursos adicionales

- Por favor, póngase en contacto con nuestro número de Servicio de Atención al Cliente 1-833-777-7394 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 am a 8 pm todos los días.
- Este documento está disponible en otros idiomas aparte de inglés, en braille o letra grande. Por favor, llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener información adicional.
- **La cobertura de este Plan califica como Cobertura de Salud Admitida (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (ACA). Por favor, 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 Experience Health Medicare Advantage (HMO)

- Experience Health es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Experience Health Medicare Advantage (HMO) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Experience Health. Los términos "plan" o "nuestro plan", significan Experience Health Medicare Advantage (HMO).

Resumen de los Costos importantes de 2021

En el cuadro que figura a continuación se comparan los costos de 2020 y 2021 para Experience Health Medicare Advantage (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es sólo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Constancia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.ExperienceHealthNC.com. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Constancia de Cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima de plan mensual* *Su prima puede ser superior o inferior a esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para más detalles.	\$20	\$0
Deducible	Deducible: \$150 (Sólo Niveles 3, 4 y 5)	Deducible: \$100 (Sólo Niveles 3, 4 y 5)
Monto máximo de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para su cobertura Servicios de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para más detalles).	\$4,980	\$4,980
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas con especialistas: \$35 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas con especialistas: \$35 por visita

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Estancias hospitalarias Incluye servicios de hospitalización para pacientes agudos, rehabilitación hospitalaria, de atención de largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La atención hospitalaria comienza el día en que ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de su alta es su último día de hospitalización.</p>	<p>Usted paga un copago de \$300 por día durante los primeros 6 días por cada admisión cubierta por Medicare en un hospital de la red.</p> <p>Usted paga \$0 por días adicionales en un hospital de la red.</p>	<p>Usted paga un copago de \$300 por día durante los primeros 6 días por cada admisión cubierta por Medicare en un hospital de la red.</p> <p>Usted paga \$0 por días adicionales en un hospital de la red.</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la sección 1.6 para más detalles).</p>	<p>Deducible: \$150 (Sólo Niveles 3, 4 y 5)</p> <p>Copago/ coseguro durante la Fase de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista, en una farmacia estándar con servicio de pedidos por correo o en una farmacia fuera de la red • Nivel 2 de medicamentos: \$5 por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista, en una 	<p>Deducible: \$100 (Sólo Niveles 3, 4 y 5)</p> <p>Copago/ coseguro durante la Fase de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista, en una farmacia estándar con servicio de pedidos por correo o en una farmacia fuera de la red • Nivel 2 de medicamentos: \$5 por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista, en una farmacia estándar

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	<p>farmacia estándar con servicio de pedidos por correo o en una farmacia fuera de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 3 de medicamentos: \$45 por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista, en una farmacia estándar con servicio de pedidos por correo o en una farmacia fuera de la red • Nivel 4 de medicamentos: \$99 por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista, en una farmacia estándar con servicio de pedidos por correo o en una farmacia fuera de la red • Nivel 5 de medicamentos: 30% por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista, en una farmacia estándar con servicio de 	<p>con servicio de pedidos por correo o en una farmacia fuera de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 3 de medicamentos: \$45 por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista, en una farmacia estándar con servicio de pedidos por correo o en una farmacia fuera de la red • Nivel 4 de medicamentos: \$99 por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista, en una farmacia estándar con servicio de pedidos por correo o en una farmacia fuera de la red • Nivel 5 de medicamentos: 30% por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista, en una farmacia estándar con servicio de pedidos por correo o en una farmacia

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	<p>pedidos por correo o en una farmacia fuera de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 6 de medicamentos: \$0 por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista, en una farmacia estándar con servicio de pedidos por correo o en una farmacia fuera de la red • Insulinas selectas: Sin cobertura adicional. 	<p>fuera de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 6 de medicamentos: \$0 por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista, en una farmacia estándar con servicio de pedidos por correo o en una farmacia fuera de la red • Insulinas selectas: \$35 de copago por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista. <p>Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono del Servicio de</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación)		Atención al Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

Aviso anual de cambios para 2021

Índice

Resumen de costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 - Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 - Cambios en su monto máximo de bolsillo	8
Sección 1.3 - Cambios en la red de prestadores	8
Sección 1.4 - Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5 - Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	10
Sección 1.6 - Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D	16
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	21
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	22
Sección 3.1 - Si quiere permanecer en Experience Health Medicare Advantage (HMO)	22
Sección 3.2 - Si quiere cambiar de planes	23
SECCIÓN 4 Fecha límite para el cambio de planes	24
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	24
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	24
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	25
Sección 7.1 - Cómo obtener ayuda de Experience Health Medicare Advantage (HMO)	25
Sección 7.2 - Cómo obtener ayuda de Medicare	26

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 - Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima Mensual	\$20	\$0
(Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).		

- La prima mensual de su plan será *mayor* si se le exige que pague una penalidad por inscripción tardía en la Parte D vitalicia por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si usted tiene un ingreso mayor, puede que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe "Extra Help" con los costos de sus medicamentos con receta. Por favor, consulte la Sección 7 sobre "Extra Help" de Medicare.

Sección 1.2 - Cambios en su monto máximo de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto paga "de bolsillo" durante el año. Este límite se denomina "monto máximo de bolsillo". Una vez que llegue a este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Monto máximo de bolsillo	\$4,980	\$4,980
Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deducibles) cuentan como parte de su monto máximo de bolsillo. La prima de su plan y sus gastos de medicamentos con receta no cuentan como parte de su monto máximo de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$4,980 de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B, no tendrá que pagar nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 - Cambios en la red de prestadores

Hay cambios en nuestra red de prestadores para el próximo año. En nuestro sitio web www.ExperienceHealthNC.com, encontrará un Directorio de Prestadores actualizado. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para conocer información actualizada de los prestadores o para pedirnos que le enviemos un Directorio de Prestadores. **Por favor, revise el Directorio de Prestadores 2021 para ver si sus prestadores (médicos de atención primaria (PCP), especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios respecto de los hospitales, médicos y especialistas (prestadores) que son parte de su plan durante el año. Hay varias de razones por las que su prestador podría retirarse de su plan, pero si su médico o especialista se retira de su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de prestadores puede cambiar durante el año, nosotros debemos proporcionarle un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso al menos 30 días antes informando que su prestador se está retirando de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo prestador.

- Le ayudaremos en la selección de un nuevo prestador calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para asegurar, que el tratamiento médicamente necesario que usted recibe no se interrumpa.
- Si usted cree que no le hemos proporcionado un prestador calificado para reemplazar a su prestador anterior o que la atención que se le da no es adecuada, usted tiene derecho a presentar una apelación contra nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se retira de su plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo prestador y a gestionar su atención.

Sección 1.4 - Cambios en la Red de Farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que usted utilice. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *sólo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferenciales, que pueden ofrecerle costos compartidos más bajos que los costos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.ExperienceHealthNC.com, encontrará un Directorio de Farmacias actualizado. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para conocer información actualizada de los prestadores o para pedirnos que le enviemos un Directorio de Farmacias. **Por favor, revise el Directorio de Farmacias 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

Cambiaremos nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para más detalles acerca de 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 *Constancia de Cobertura 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Acupuntura para el dolor lumbar crónico	No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura cubiertos por Medicare por año.	El plan cubrirá 20 visitas no cubiertas por Medicare.
Servicios de ambulancia	Usted paga un copago de \$300 por cada servicio de transporte internacional de emergencia de ida o vuelta.	Usted paga un copago de \$375 por cada servicio de transporte internacional de emergencia de ida o vuelta.
Servicios odontológicos	Usted recibe una asignación de \$200 al año para servicios odontológicos preventivos. El servicio odontológico cubierto por Medicare no requiere aprobación previa.	Usted recibe una asignación de \$500 al año para servicios odontológicos preventivos. El plan paga 50%, hasta una prestación de \$500 por año por servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare. El servicio odontológico cubierto por Medicare requiere de aprobación previa.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Comidas</p>	<p>Las comidas no están cubiertas.</p>	<p>Se requiere aprobación previa. Llame al 1-919-660-3426 (TTY: 711).</p> <p>Hasta 20 comidas entregadas en casa, durante 10 días, cuando se esté recuperando de una internación en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Las órdenes pueden tener lugar hasta 30 días después del alta.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opiáceos</p>	<p>Usted paga un copago de \$35 por cada servicio del programa de tratamiento de opiáceos cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por cada servicio del programa de tratamiento de opiáceos cubierto por Medicare.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios</p> <p>Los prestadores deben obtener autorización previa para ciertos procedimientos de diagnóstico por imagen de alta tecnología.</p> <p>Los prestadores que ordenan pruebas, análisis de laboratorio y otros servicios auxiliares deben derivar a prestadores participantes. Solicite a su prestador que verifique que las derivaciones se hagan sólo a prestadores participantes.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total de los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Procedimientos y pruebas de diagnóstico • Servicios de radiología de diagnóstico • Servicios de radiología terapéutica • Servicios de sangre 	<p>Usted paga los costos indicados abajo por los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • El afiliado paga \$40 de copago <p>Servicios de laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • El afiliado paga \$8 de copago <p>Servicios de Radiología Terapéutica</p> <ul style="list-style-type: none"> • El afiliado paga el 20% del costo total

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios (continuación)</p>	<p>Usted paga \$35 del costo total de los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías <p>Se puede aplicar un copago por visita separada al consultorio.</p>	<p>Servicios Radiológicos de Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • TC - El afiliado paga \$75 de copago • IRM - El afiliado paga \$100 de copago • Exploración TEP - El afiliado paga \$150 de copago <p>Radiografías</p> <ul style="list-style-type: none"> • El afiliado paga \$10 de copago <p>Se puede aplicar un copago por visita separada al consultorio.</p>
<p>Atención ambulatoria de salud mental</p>	<p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita de terapia individual/grupal para servicios de salud mental cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere aprobación.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios en consultorio del PCP y un copago de \$25 por servicios en consultorio de especialista por cada visita de terapia individual/grupal para servicios de salud mental cubiertos por Medicare.</p> <p>Ciertos servicios de salud mental para pacientes ambulatorios requieren aprobación previa, excepto en caso de emergencia. Llame al 1-866-397-4584 (TTY llame al 711). Estos servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia electroconvulsiva (TEC) • Estimulación

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Atención ambulatoria de salud mental (continuación)		magnética transcraneal (EMT) <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas psicológicas y neuropsicológicas para un diagnóstico de salud mental • Servicios de salud mental prestados por un prestador de salud mental no participante
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	Usted paga un copago de \$35 por cada visita de tratamiento ambulatorio individual/grupal por abuso de sustancias cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por servicios en consultorio del PCP y un copago de \$25 por servicios en consultorio de especialista por cada visita de tratamiento ambulatorio individual/grupal por abuso de sustancias cubierto por Medicare.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Venta libre (OTC)</p> <p>Su cobertura incluye artículos, medicamentos y productos de venta libre.</p> <p>Usted puede hacer pedidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En línea - visite ExperienceHealthNC.com/OTC. • Por teléfono - Llame a un Asesor de Experiencia de Afiliados de NationsOTC al 866-311-3607 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8AM a 8PM, excluyendo los días festivos. • Por correo - Complete y envíe el formulario de pedido en el Catálogo de Productos de NationsOTC/Experience Health. 	<p>No se ofrece.</p>	<p>Paga \$0 por estos servicios.</p> <p>Usted tiene una asignación de \$75 cada trimestre para gastar en artículos, medicamentos y productos de venta libre aprobados por el plan.</p> <p>Si no utiliza todo el monto de su beneficio trimestral OTC al hacer su pedido, el saldo restante no se acumulará para el siguiente período de beneficios OTC.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p>	<p>Usted paga un copago de \$35 por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios en consultorio del PCP y un copago de \$35 por servicios de telesalud cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios en consultorio del PCP y un copago de \$35 por servicios en consultorio de especialista para los siguientes servicios de telesalud adicionales.</p> <p>Ciertos servicios de</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las visitas al consultorio medico (continuación)</p>		<p>telesalud, incluyendo: Servicios psiquiátricos, Psicoterapia, Evaluaciones del comportamiento de la salud, Asesoramiento para diabéticos, Asesoramiento para pacientes hospitalizados y ambulatorios, Evaluaciones en línea para problemas de salud comunes, Consultas con pacientes nuevos y existentes.</p> <p>Tiene la opción de obtener estos servicios ya sea a través de una visita en persona o por telesalud. Si decide obtener uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un prestador de red que ofrezca el servicio por telesalud.</p> <p>Estos servicios pueden recibirse por vía telefónica o virtual.</p> <p>Por favor, póngase en contacto con el plan para servicios adicionales.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Atención en Centro de enfermería especializada (SNF)	<p>Usted paga:</p> <p>\$0 por día durante los días 1-20</p> <p>un copago de \$165 por día durante los días 21-60</p> <p>\$0 por día durante los días 61-100</p>	<p>Usted paga:</p> <p>\$0 por día durante los días 1-20</p> <p>un copago de \$165 por día durante los días 21-52</p> <p>\$0 por día durante los días 53-100</p>
Cuidado de la visión	Usted recibe una asignación de \$200 al año para anteojos/lentes de contacto no cubiertos por Medicare.	Usted recibe una asignación de \$250 al año para anteojos/lentes de contacto no cubiertos por Medicare.

Sección 1.6 - Cambios en la cobertura de 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". Se proporciona una copia de nuestra Lista de Medicamentos en formato electrónico.

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que aplican a nuestra cobertura de ciertos 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 usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos, usted puede:

- **Trabaje con su médico (u otro profesional) y pida al plan que haga una excepción,** para cubrir el medicamento.
 - Para saber lo que debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Constancia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame al Servicio de Atención al Cliente.

- **Trabaje con su médico (u otro profesional) para encontrar un medicamento diferente** que esté cubierto. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

En algunas situaciones, se requiere que cubramos un suministro temporario de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de afiliación para evitar una interrupción de la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporario y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Constancia de Cobertura*). Durante el tiempo que esté recibiendo un suministro temporario de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro temporario. Usted puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o solicitar que el plan haga una excepción para usted, y cubra el medicamento que utiliza actualmente.

Los afiliados actuales que han solicitado y se les ha aprobado una excepción para el año del plan actual seguirán recibiendo el medicamento sujeto a las condiciones y a la fecha especificada en la carta de aprobación enviada al afiliado en el momento en que la excepción de medicamento fue aprobada.

Una vez que se concede una autorización, el afiliado no está obligado a solicitar una nueva aprobación para el medicamento aprobado durante el resto del año del plan actual o *hasta* la fecha especificada en la carta siempre y cuando se aplique lo siguiente: El afiliado siga inscripto en el **mismo** plan, el médico que prescribe el medicamento siga prescribiéndolo, el medicamento permanezca en el formulario, el medicamento permanezca en el mismo nivel de formulario, no haya cambios en los requisitos de revisión previa del medicamento y el medicamento siga siendo seguro para el tratamiento de la condición del afiliado. Sin embargo, el afiliado deberá solicitar una nueva aprobación una vez que se haya alcanzado la fecha de finalización de la aprobación original o según lo especificado en las condiciones establecidas en la carta de aprobación.

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

Cuando durante el año hagamos estos cambios en la Lista de Medicamentos, usted puede seguir trabajando con su médico (u otro profesional) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea según lo previsto y proporcionando 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, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Constancia de Cobertura*).

Cambios en costos de medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos ("Extra Help"), **la información sobre costos de medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a usted**. Le enviamos un inserto separado, llamado "Cláusula adicional de Constancia de Cobertura para personas que reciben Extra Help para pagar medicamentos con receta" (también llamado "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional de LIS"), que le informa los costos de sus medicamentos. Si usted recibe "Extra Help" y no ha recibido este

inserto para el 30 de septiembre de 2020, por favor llame al Servicio de Atención al Cliente y pregunte por la "Cláusula adicional de LIS".

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos". La cantidad que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Constancia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación 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 afiliados no llegan a las otras dos etapas - la etapa de brecha de cobertura o la etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Constancia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web www.ExperienceHealthNC.com. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Constancia de Cobertura*.)

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Marca Preferida de Nivel 3, de los medicamentos No preferidos de Nivel 4 y de los medicamentos de Especialidad de Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$150 (Sólo Niveles 3, 4 y 5)</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista o estándar con servicio de pedidos por correo, por los medicamentos de Nivel 1; usted paga \$5 de costo compartido por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista o estándar con servicio de pedidos por correo, por los medicamentos de Nivel 2; usted paga \$0 de costo compartido por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista o estándar con servicio de</p>	<p>El deducible es \$100 (Sólo Niveles 3, 4 y 5)</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista o estándar con servicio de pedidos por correo, por los medicamentos de Nivel 1; usted paga \$5 de costo compartido por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista o estándar con servicio de pedidos por correo, por los medicamentos de Nivel 2; usted paga \$0 de costo compartido por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista o estándar con servicio de pedidos por</p>

Etapa 1: Etapa de Deducible Annual (continuación)

pedidos por correo, por los medicamentos de Nivel 6; y el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

No hay cobertura adicional de insulinas selectas.

correo, por los medicamentos de Nivel 6; y el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

No hay deducible para las insulinas selectas de Experience Health Medicare Advantage (HMO). Usted paga \$35 por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista y \$87.50 por un suministro de 90 días en una farmacia estándar con servicio de pedidos por correo por insulinas selectas.

Cambios en su costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Para conocer cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos en su Constancia de Cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez pagado el deducible anual, pasará a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un mes (30días) cuando surte su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Constancia de Cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, busque en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1:</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos de Nivel 2:</p> <p>Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferida de Nivel 3:</p> <p>Usted paga \$45 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos de Nivel 4:</p> <p>Usted paga \$99 del costo total.</p> <p>Medicamentos de especialidad de Nivel 5:</p> <p>Usted paga 30% del costo total.</p> <p>Medicamentos de atención selecta de Nivel 6:</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1:</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos de Nivel 2:</p> <p>Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferida de Nivel 3:</p> <p>Usted paga \$45 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos de Nivel 4:</p> <p>Usted paga \$99 del costo total.</p> <p>Medicamentos de especialidad de Nivel 5:</p> <p>Usted paga 30% del costo total.</p> <p>Medicamentos de atención selecta de Nivel 6:</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)	<p>Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Insulinas Selectas:</p> <p>No hay cobertura adicional de insulinas selectas.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos han alcanzado \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>	<p>Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Insulinas Selectas:</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista y \$87.50 por un suministro de 90 días en una farmacia estándar con servicio de pedidos por correo por insulinas selectas.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos han alcanzado \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>

Cambios en las Etapas de Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos - la etapa de brecha de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica - son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los afiliados no llegan a la Etapa de Brecha de Cobertura o a la Etapa de Cobertura Catastrófica.** Para obtener información acerca de sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Constancia de Cobertura*.

Experience Health Medicare Advantage (HMO) ofrece una brecha de cobertura adicional para insulinas selectas. Durante la etapa de Brecha de Cobertura, sus gastos de bolsillo para las insulinas selectas serán un copago de \$35 por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista y \$87,50 por un suministro de 90 días en una farmacia estándar con servicio de pedidos por correo.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Se trata de cambios que afectan a su cobertura de atención médica, aparte de los gastos de bolsillo, que se describen en otra parte de este documento.

Sección 3.2 - Si quiere cambiar Planes

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año, pero si quiere cambiar para 2021 siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente en el momento oportuno,
- -- *O*-- Puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una posible penalidad por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2021*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con Seguros de Salud (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Usted también puede encontrar información acerca de planes en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Ingrese en www.medicare.gov/plan-comparar/. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscribirse en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de Experience Health Medicare Advantage (HMO).
- Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de Experience Health Medicare Advantage (HMO).
- Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta, usted deberá:
 - Enviar una solicitud por escrito para dar de baja la inscripción. Contactarse con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este folleto).
 - - *o* -Contactarse con Medicare, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que le den de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para el cambio de planes

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

¿Hay otras fechas en el año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben "Extra Help" para pagar sus medicamentos, las que tienen o están dejando la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio pueden ser autorizadas a hacer un cambio en otros momentos del año. Para más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Constancia de Cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos 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 31 de marzo de 2021. Para más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Constancia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en todos los estados. En Carolina del Norte el SHIP se llama Programa de Información de Seguros Médicos para Adultos Mayores (SHIIP).

SHIIP es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría local **gratis** sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los consejeros de SHIIP pueden ayudarle con sus preguntas sobre Medicare o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a conocer sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cambios de planes. Puede llamar a SHIIP al 1-855-408-1212. Puede conocer más acerca de SHIIP visitando su sitio web (<http://www.ncdoi.com/SHIIP>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Usted podría ser apto para recibir ayuda para pagar medicamentos con receta. A continuación, presentamos una lista de los diferentes tipos de ayuda:

- **"Extra Help" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para "Extra Help" para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta un 75% o más, de sus costos de medicamentos incluyendo

primas mensuales, deducibles anuales, y coseguro de medicamentos con receta. Además, aquellas personas que califican no tendrán una brecha de cobertura ni penalidad por inscripción tardía. Mucha gente es elegible y ni siquiera lo sabe. Para ver si califica, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día/7 días de la semana;
 - A la oficina de Seguridad Social al 1-800-772-1213 entre las 8 am y las 5:30 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - A su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo constancia de residencia en el Estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado, y situación de no asegurado/subasegurado. Los medicamentos con receta de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA de Carolina del Norte. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Carolina del Norte al 1-877-466-2232 (gratis en Carolina del Norte) o al 1-919-733-9161 (fuera del estado) o visite sitio web en epi.dph.ncdhhs.gov/cd/hiv/hmap.html.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 - Cómo obtener ayuda de Experience Health Medicare Advantage (HMO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Por favor, llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-833-777-7394. (Sólo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8 am a 8 pm todos los días. Las llamadas a este número son gratuitas.

Lea su Constancia de Cobertura 2021 (tiene información sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para más detalles, consulte la *Constancia de Cobertura 2021* para Experience Health Medicare Advantage (HMO). La *Constancia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los

servicios y medicamentos con receta cubiertos. Una copia de la *Constancia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.ExperienceHealthNC.com. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Constancia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.ExperienceHealthNC.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de prestadores (Directorio de Prestadores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

Sección 7.2 - Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Usted 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). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare/ y haga clic en "Find health & drug plans").

Lea *Medicare y Usted 2021*

Puede leer el Manual de *Medicare y Usted 2021*. Cada año en otoño, se envía este folleto a las personas que tienen Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



**¿Tiene Preguntas? Llame al Servicio de
Atención al Cliente de Experience Health al**

833-777-7394 (TTY: 711)

los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm
(8 am a 8 pm de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre)

experiencehealthnc.com

Experience Health es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Experience Health Medicare Advantage (HMO) depende de la renovación del contrato. Experience Health es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. [®], SM Marcas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield. Experience Health es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, que presta servicios en Carolina del Norte.