



Aviso Anual de Cambios para 2022

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 2022

Actualmente está inscrito 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 año próximo.**

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 se satisfagan sus necesidades del año próximo.
 - ¿Los cambios afectarán 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?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con diferentes costos compartidos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la de necesitar nuestra autorización antes de surtir su receta?
 - ¿Puedes seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?

®, 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.

- Revise la Lista de medicamentos 2022 y consulte la Sección 1.6 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 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 el precio de los medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices, y haga clic en el enlace “dashboards” (tableros) en el medio de la segunda Nota, hacia la parte inferior de la página. 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 cambiar los costos de sus propios medicamentos.

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

- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas a los que consulta regularmente, pertenecen a nuestra red?
- ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

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 periódicamente?
- ¿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 satisfecho 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-comparar/. Haga clic en "Buscar planes médicos y de medicamentos".
- Revise la lista que aparece al final de su manual *Medicare y usted (Medicare & You)*.
- Consulte la sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez que limite su elección a un plan preferido, 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 2021, se le inscribirá en Experience Health Medicare Advantage.
- 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, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se le inscribirá en Experience Health Medicare Advantage.
- Si se se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Usted será automáticamente dado de baja de su plan actual.

Recursos adicionales

- El presente documento está disponible de manera gratuita en español.
- 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 inglés y español, braille o letras grandes. 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). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuos_y_familias para obtener más información.

Acerca de Experience Health Medicare Advantage

- Experience Health es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Experience Health Medicare Advantage 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 para 2022

En el cuadro que figura a continuación se comparan los costos de 2021 y 2022 para Experience Health Medicare Advantage 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 por correo una *Constancia de Cobertura*.

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$4,980	\$4,200
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: \$20 por visita

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
<p>Internación en el hospital Incluye servicios de atención aguda como paciente internado, servicios de rehabilitación como paciente internado, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. Los servicios hospitalarios como paciente internado comienzan el día que se lo admite formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de su alta es su último día de estadía como paciente internado.</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 \$295 por día durante los primeros 6 días por cada internación cubierta por Medicare en un hospital de la red.</p> <p>Usted paga \$ 0 por días adicionales en un hospital de la red.</p>

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$100 (Solo Niveles 3, 4 y 5)</p> <p>Lista actual de medicamentos autorizados</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, en una farmacia de pedido por correo estándar o en una farmacia fuera de la red • Medicamentos de Nivel 2: \$5 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, en una farmacia de pedido por correo estándar o en una farmacia fuera de la red • Medicamentos de Nivel 3: \$45 para un suministro de 30 días en una 	<p>Deducible: \$0 (Todos los niveles)</p> <p>Nueva lista de medicamentos autorizados ampliada. Consulte la Sección 1.6 para obtener más información.</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, en una farmacia de pedido por correo estándar o en una farmacia fuera de la red • Medicamentos de Nivel 2: \$5 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, en una farmacia de pedido por correo estándar o en una farmacia fuera de la red • Medicamentos de Nivel 3: \$45 por un suministro de 30 días en una

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	<p>farmacia minorista estándar, en una farmacia de pedido por correo estándar o en una farmacia fuera de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: \$99 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, en una farmacia de pedido por correo estándar o en una farmacia fuera de la red • Medicamentos de Nivel 5: 30% del costo total para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, una farmacia de pedido por correo estándar o una farmacia fuera de la red. • Medicamentos de Nivel 6: \$0 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, en una farmacia de pedido 	<p>farmacia minorista estándar, en una farmacia de pedido por correo estándar o en una farmacia fuera de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: \$99 por un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, en una farmacia de pedido por correo estándar o en una farmacia fuera de la red • Medicamentos de Nivel 5: 33% del costo total para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, en una farmacia de pedido por correo estándar o una farmacia fuera de la red • Medicamentos de Nivel 6: \$0 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, en una farmacia de pedido

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<p>por correo estándar o en una farmacia fuera de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> Insulinas: \$35 de copago para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, en una farmacia de pedido por correo estándar o en una farmacia fuera de la red <p>Para saber qué medicamentos son insulinas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos 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 Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).</p>	<p>por correo estándar o en una farmacia fuera de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> Insulinas: \$35 de copago para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, en una farmacia de pedido por correo estándar o en una farmacia fuera de la red <p>Para saber qué medicamentos son insulinas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Atención al Cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono de Atención al Cliente).</p>

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de los costos importantes para 2022	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	7
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	9
Sección 1.6 - Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	20
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	25
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	27
Sección 3.1 - Si quiere permanecer en Experience Health Medicare Advantage.....	27
Sección 3.2 - Si quiere cambiar de planes	27
SECCIÓN 4 Fecha límite para el cambio de planes.....	28
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	29
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	29
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?.....	30
Sección 7.1 - Cómo obtener ayuda de Experience Health Medicare Advantage	30
Sección 7.2 - Cómo obtener ayuda de Medicare	31

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

Sección 1.1 - Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
Prima Mensual	\$0	\$0
(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).		No habrá ningún cambio en el monto de su prima.

- 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 "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 sobre "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 1.2 - Cambios en su monto máximo de bolsillo

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

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deducibles) cuentan como parte de su monto máximo de bolsillo. Su prima de plan y sus gastos de medicamentos con receta no cuentan para la cantidad máxima de gasto de bolsillo.</p>	\$4,980	<p>\$4,200</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,200 de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la 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.</p>

Sección 1.3 - Cambios en la red de prestadores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. En nuestro sitio web www.experiencehealthnc.com, encontrará un Directorio de Proveedores actualizado. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Revise el Directorio de proveedores 2022 para saber si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos cambiar los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Existen numerosos motivos por los que su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista se retira de su plan, a usted le corresponden determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle al menos 30 días de aviso de que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que usted recibe no se interrumpa, y trabajaremos con usted para garantizarle esto.

- 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 para medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra 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 obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias por correo. **Por favor, revise el Directorio de Farmacias 2022 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 determinados servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más información 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 2022*.

Servicios del programa de tratamiento de opioides

Los afiliados de nuestro plan que tienen trastorno por uso de opioides (OUD, en inglés) podrán recibir la cobertura de los servicios para el tratamiento del OUD a través de Programa de tratamiento por uso de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT, en inglés) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de EE.UU.
- Expendio y administración de medicamentos MAT (si procede)
- Asesoramiento sobre el uso de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de ingesta
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
Acupuntura por dolor lumbar crónico	<p>Usted paga un copago de \$35 por la acupuntura para el dolor lumbar crónico en el consultorio de un PCP o de un especialista.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por las visitas de acupuntura no cubiertas por Medicare en un PCP o en un especialista.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por la acupuntura para el dolor lumbar crónico en el consultorio de un PCP y un copago de \$20 en el consultorio de un especialista.</p> <p>Para acupuntura no cubierta por Medicare, este beneficio deja de ser un copago y pasa a ser una asignación de reembolso. Usted tiene una asignación de reembolso de hasta \$50 por visita y hasta 20 visitas por año.</p>
Consulta anual de bienestar	<p>Su PCP debe registrar la prestación de estos servicios para que estén cubiertos.</p> <p>Se cubren <u>anualmente</u>.</p>	<p>Los debe prestar un PCP para que estén cubiertos.</p> <p>Se cubren <u>una vez por año calendario</u>.</p>
Servicios de rehabilitación cardíaca	<p>Usted paga un copago de \$35 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere una derivación del plan.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>NO se requiere una derivación del plan.</p>

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
Servicios quiroprácticos	Se requiere una derivación del plan.	NO se requiere una derivación del plan
Servicios odontológicos	<p>Usted paga un copago de 35 dólares por cada servicio dental cubierto por Medicare.</p> <p>El plan paga el 50%, hasta una asignación de reembolso de \$500 por año por servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada servicio odontológico cubierto por Medicare.</p> <p>Usted recibe una asignación de reembolso de \$1,500 por año de servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
Servicios de audición	<p>Usted paga un copago de 699 dólares por ayuda para Ayudas Avanzadas (una por oído al año).</p> <p>Usted paga un copago de 999 dólares por ayuda para las Ayudas Premium (una por oído al año).</p> <p>No se incluye la recarga:</p> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 visitas al proveedor dentro del primer año • Período de prueba de 45 días • 48 baterías por audífono para los modelos no recargables • Los audífonos de primera calidad <u>no</u> están disponibles en opciones de estilo recargable <p>Se cubre un examen de audición de rutina realizado por un proveedor de TruHearing <u>una vez al año</u>.</p>	<p>Usted paga \$599 de copago por cada audífono para los Audífonos Avanzados (uno por oído por año).</p> <p>Usted paga \$899 de copago por cada audífono para los Audífonos de primera calidad (uno por oído por año).</p> <p>Se incluye la recarga:</p> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El primer año de las visitas de seguimiento al proveedor • Período de prueba de 60 días • 80 baterías por audífono para los modelos no recargables • Los audífonos de primera calidad <u>no</u> están disponibles en opciones de estilo recargable <p>Se cubre un examen de audición de rutina realizado por un proveedor de TruHearing <u>una vez por año calendario</u>.</p>

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
<p>Servicios asistenciales a domicilio</p>	<p>No cubierto.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago durante 6 horas como máximo de servicios asistenciales a domicilio por mes.</p> <p>Las visitas están disponibles los siete días de la semana, entre las 8 a. m. y las 10 p. m. hora local.</p> <p>Este beneficio proporciona ayuda a los integrantes que requieren asistencia con tareas comunes tales como preparación de comida, limpieza ligera, recados, tecnología y acompañamiento a las citas. Los acompañantes llegarán a conocer a los afiliados y a prestar servicios para el apoyo de las Actividades instrumentales de la vida diaria (IALD, en inglés).</p>
<p>Cuidados hospitalarios como paciente internado</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 \$295 por día durante los primeros 6 días por cada internación cubierta por Medicare en un hospital de la red.</p> <p>Usted paga \$ 0 por días adicionales en un hospital de la red.</p>

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
Terapia de nutrición médica	Se requiere una derivación del plan.	NO se requiere una derivación del plan
Servicios del programa de tratamiento de opioides	<p>Usted paga un copago de \$25 por cada servicio del programa de tratamiento de opiáceos cubierto por Medicare.</p> <p>Los servicios de tratamiento del trastorno por uso de opioides (OUD, en inglés) están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los afiliados de nuestro plan tienen estos servicios cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento de agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la FDA y expendio y administración de dichos medicamentos, si procede • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas 	<p>Usted paga \$0 de copago por cada servicio del programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.</p> <p>Los afiliados de nuestro plan que tienen trastorno por uso de opioides (OUD, en inglés) podrán recibir la cobertura de los servicios para el tratamiento del OUD a través de Programa de tratamiento por uso de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT, en inglés) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de EE.UU. • Expendio y administración de medicamentos MAT (si procede)

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes externos y servicios terapéuticos y suministros.</p>	<p>Usted paga los siguientes costos por los siguientes servicios cubiertos de Medicare:</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <p>El miembro paga un copago de 40 dólares</p> <p>Se puede aplicar un copago por visita al consultorio separado.</p> <p>Se requiere una derivación del plan.</p>	<p>Usted paga los siguientes costos por los siguientes servicios cubiertos de Medicare:</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <p>El afiliado paga \$20 de copago</p> <p>Se puede aplicar un copago por visita al consultorio separado.</p> <p>NO se requiere una derivación del plan.</p>

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
<p>Atención de salud mental como pacientes externos</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los servicios en el entorno del PCP y \$25 de copago por los servicios en el entorno de un especialista para cada visita de terapia individual/grupal para los servicios de salud mental cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa para las pruebas psicológicas y neuropsicológicas por razones médicas y de salud mental.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los servicios en el entorno del PCP y \$0 de copago por los servicios en el entorno de un especialista para cada visita de terapia individual/grupal para los servicios de salud mental cubiertos por Medicare.</p> <p>NO se requiere autorización previa para las pruebas psicológicas y neuropsicológicas por razones médicas y de salud mental.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p>	<p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje cubierta por Medicare/o del habla/.</p> <p>Se requiere una derivación del plan.</p>	<p>Usted paga \$20 de copago por cada visita de terapia ocupacional, fisioterapia y/o terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>NO se requiere una derivación del plan.</p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por servicios en consultorio del PCP y \$25 de copago por servicios en consultorio de especialista por cada visita de tratamiento ambulatorio individual/grupal por abuso de sustancias cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por servicios en consultorio del PCP y \$0 de copago por servicios en consultorio de especialista por cada visita de tratamiento ambulatorio individual/grupal por abuso de sustancias cubierto por Medicare.</p>

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios prestados en los centros de consulta externa de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios</p>	<p>Usted paga un copago de \$300 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$300 por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>Se le puede cobrar un copago por separado por los servicios médicos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$200 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$200 por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>Se le puede cobrar un copago por separado por los servicios médicos.</p>
<p>Venta libre (OTC)</p>	<p>Tienes \$75 de asignación 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 OTC trimestral, el saldo restante no se transferirá para el siguiente período de beneficios OTC.</p>	<p>Usted tiene \$100 de asignación 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 OTC trimestral, el saldo restante no se transferirá para el siguiente período de beneficios OTC.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS, en inglés)	No cubierto.	Usted paga \$0 de copapago por un sistema de alerta médica (opciones de pulsera y colgante).
Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico	<p>Usted paga un copago de \$35 por cada especialista o cualquier otro médico u otro profesional de la salud que visite para recibir los beneficios cubiertos por Medicare en un establecimiento especializado.</p> <p>Usted paga un copago de 35 dólares por cada visita a una clínica de atención sin cita previa.</p> <p>Se requiere una derivación del plan.</p> <p>No se ofrecen servicios de telesalud para afiliados con trastorno de abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita a un especialista o a cualquier otro médico u otro profesional de la salud para beneficios cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita a una clínica de atención directa participante sin cita previa.</p> <p>NO se requiere una derivación del plan.</p> <p>Los servicios de telesalud para afiliados con trastorno de abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación</p>

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
Servicios de podiatría	<p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita cubierta por Medicare para el cuidado de los pies que sea médicamente necesario.</p> <p>Se requiere una derivación del plan.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita al podólogo médicamente necesaria cubierta por Medicare.</p> <p>NO se requiere una derivación del plan.</p>
Servicios de rehabilitación pulmonar	<p>Usted paga \$30 del costo total de los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere una derivación del plan.</p>	<p>Usted paga \$20 del costo total de los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>NO se requiere una derivación del plan.</p>
Servicios de transporte	<p>No cubierto.</p>	<p>Usted tiene cubiertos 12 viajes de ida por motivos que no sean de emergencia a lugares aprobados por el plan dentro del área de servicio del plan.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada viaje de ida.</p>

Costo	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
Servicios de urgencia (no mundiales)	Usted paga un copago de \$50 por cada visita de servicios urgentes cubierta por Medicare.	Usted paga \$35 de copago por cada visita de servicios urgentes cubierta por Medicare.
Cuidado de la vista	Examen ocular de rutina: \$20 de copago Los exámenes oculares de rutina se cubren <u>anualmente</u> .	Examen ocular de rutina: \$0 de copago Los exámenes oculares de rutina se cubren sin costo <u>una vez por año calendario</u> .
Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"	Su PCP debe registrar la prestación de estos servicios para que estén cubiertos.	Los debe prestar un PCP para que estén cubiertos.

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 nuestro sitio web en www.experiencehealthnc.com 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. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o solicitar que se haga una excepción para usted en el plan, y que se cubra el medicamento que utiliza actualmente.

Los afiliados actuales que han solicitado y han sido aprobados para una excepción para el año del plan vigente seguirán recibiendo el medicamento sujeto a las condiciones y la fecha anotada en la carta de aprobación enviada a los miembros 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 previa 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 autorización previa una vez que se haya alcanzado la fecha de finalización de la autorización previa 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. Debido a que usted recibe "Extra Help" (ayuda adicional) y si no ha recibido este inserto para el 30 de septiembre de 2021, 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 miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa del período sin 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 en 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 del deducible

Etapa	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	<p>El deducible es \$100 (Solo 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 minorista estándar o en una farmacia de pedido por correo estándar, por los medicamentos del Nivel 1; usted paga \$5 de costo compartido por un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar o en una farmacia de pedido por correo estándar, por los medicamentos de Nivel 2; usted paga \$0 de costo compartido por un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar o en</p>	<p>Debido a que no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>

una farmacia de pedido por correo estándar, 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.

Para las insulinas Experience Health Medicare Advantage no hay ningún deducible. Usted paga \$35 por un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar y \$87.50 por un suministro de 90 días en una farmacia de pedido por correo estándar por insulinas.

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	2021 (año corriente)	2022 (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 de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estará 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 por receta.</p> <p>Medicamentos especiales de Nivel 5:</p> <p>Usted paga el 30% del costo total.</p> <p>Medicamentos de atención selecta de Nivel 6:</p> <p>Usted paga \$0 por</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 por receta.</p> <p>Medicamentos especiales de Nivel 5:</p> <p>Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Medicamentos de atención selecta de Nivel 6:</p> <p>Usted paga \$0 por</p>

Etapa	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)	<p>receta.</p> <p>Insulinas:</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar y \$87.50 por un suministro de 90 días en una farmacia de pedido por correo estándar por insulinas.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos han alcanzado \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin Cobertura).</p>	<p>receta.</p> <p>Insulinas:</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar y \$87.50 por un suministro de 90 días en una farmacia de pedido por correo estándar por insulinas.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos han alcanzado \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin Cobertura).</p>

Cambios en las Etapas del período sin cobertura y de 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 ofrece una cobertura adicional para el período sin cobertura para insulinas. Durante la etapa del período sin cobertura, sus gastos de bolsillo para las insulinas serán un copago de \$35 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar y \$87,50 para un suministro de 90 días en una farmacia de pedidos por correo estándar.

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.

Descripción	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
Plazos de cobertura	<p>Se cubren <u>anualmente</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita anual de bienestar • Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular • Detección de cáncer de cuello de útero y vaginal • Examen de detección de depresión • Audición – examen de rutina • Examen de detección de obesidad • Exámenes de detección de cáncer de próstata • Prueba y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol • Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI, en inglés) • Cuidado de la vista - exámenes oculares de rutina 	<p>Se cubren <u>una vez por año calendario</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita anual de bienestar • Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular • Detección de cáncer de cuello de útero y vaginal • Examen de detección de depresión • Audición – examen de rutina • Examen de detección de obesidad • Exámenes de detección de cáncer de próstata • Prueba y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol • Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI, en inglés) • Cuidado de la vista - exámenes oculares de rutina
Remisiones	Se requieren derivaciones a especialistas.	NO se requieren derivaciones a especialistas.

Descripción	2021 (año corriente)	2022 (próximo año)
Credenciales de afiliados	Se enviaron nuevas credenciales de afiliación a todos los afiliados, tanto por afiliaciones nuevas como por renovaciones en diciembre.	Los afiliados que renuevan su afiliación deberán conservar su credencial de 2021 porque seguirá siendo válida durante 2022. Las credenciales de afiliación solo se envían por correo a: Afiliados nuevos O A los afiliados que requieren una tarjeta del seguro de reemplazo para su plan actual.
Vacunación contra el COVID-19	Está cubierta por Original Medicare.	Está cubierta por nuestro plan.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 - Si quiere permanecer en Experience Health Medicare Advantage

Para permanecer en nuestro plan usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Original Medicare para el 7 de diciembre, quedará inscripto automáticamente en nuestro plan Experience Health Medicare Advantage.

Sección 3.2 - Si quiere cambiar Planes

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año, pero si quiere cambiar para 2022 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 multa 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 2022*, 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-compare/. **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.
- Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de Experience Health Medicare Advantage.
- Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta, usted deberá:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar 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 2022.

¿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 2022 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 2022. 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. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder sus preguntas acerca del cambio 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 reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta un 75% o más, de sus gastos en medicamentos incluyendo primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales, y coseguro. Además, aquellas personas que reúnen los requisitos no tendrá un período sin cobertura ni sanción por inscripción tardía. Muchas personas pueden tener acceso a este programa y no lo saben. 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 al día, 7 días a 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
 - 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. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo una prueba de residencia y estado del VIH, bajos ingresos, según lo definido por el Estado, y que no se encuentren asegurados o con estado infraseguro. 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 sus 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

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. 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 2022* (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 2022. Para obtener más información, consulte la *Constancia de Cobertura 2022* para Experience Health Medicare Advantage. La *Constancia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que deben seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta que se cubren. 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 1-800-633-4227, las 24 horas al día, 7 días a 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" [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

Lea *Medicare y Usted 2022*

Puede leer el Manual de *Medicare y Usted 2022*. Cada año en el otoño, este manual se envía a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios de Medicare, derechos y protecciones, 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.